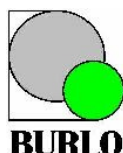




Commissione
Europea
Salute Pubblica
e Valutazione
del Rischio



IRCCS
Burlo Garofolo
Trieste



Ricerca sui Servizi Sanitari,
Epidemiologia e Salute
Internazionale
Centro Collaboratore dell'OMS
per la Salute Materno Infantile

Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un programma d'azione (versione riveduta 2008)

Sviluppato e scritto dai partecipanti al progetto:

Promozione dell'allattamento al seno in Europa
(Progetto UE N. SPC 2002359)

Versione rivista dai partecipanti al progetto:

**Promozione dell'allattamento al seno in Europa:
test pilota del programma d'azione**
(Progetto UE N. SPC 2004326)

Indirizzo per corrispondenza:

Adriano Cattaneo

Ricerca sui Servizi Sanitari, Epidemiologia e Salute Internazionale

IRCCS Burlo Garofolo

Via dell'Istria 65/1

34137 Trieste

Tel. 040 3785 236

Fax 040 3785 210

E-mail: cattaneo@burlo.trieste.it

Si suggerisce di riferirsi a questo documento come: EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

http://www.burlo.trieste.it/?M_Id=5/M_Type=LEV2

Indice

| | |
|--|-----------|
| Preambolo | 2 |
| Prefazione all'edizione del 2004 | 4 |
| Riassunto | 5 |
| I. Introduzione | 8 |
| II. La situazione attuale | 13 |
| III. I determinanti dell'allattamento al seno | 15 |
| IV. La revisione degli interventi efficaci | 16 |
| V. Il Programma d'Azione | 18 |
| 1. Politiche e piani, gestione e finanziamento | 18 |
| 2. Comunicazione per il cambiamento sociale e dei comportamenti | 21 |
| 3. Formazione | 23 |
| 4. Protezione, promozione e sostegno | 24 |
| 5. Monitoraggio | 27 |
| 6. Ricerca | 30 |
| VI. Tavole Operative | 32 |
| 1. Politiche e piani, gestione e finanziamento | 32 |
| 2. Comunicazione per il cambiamento sociale e dei comportamenti | 33 |
| 3. Formazione | 36 |
| 4. Protezione, promozione e sostegno | 37 |
| 5. Monitoraggio | 43 |
| 6. Ricerca | 43 |
| Bibliografia | 44 |
| Autori e revisori | 47 |
| Allegato 1. La Strategia Globale per l'Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini | 51 |
| Allegato 2. Il Codice Internazionale | 52 |
| Allegato 3. La Dichiarazione degli Innocenti | 54 |
| Allegato 4. La Baby Friendly Hospital Initiative | 56 |
| Allegato 5. I piani e le politiche dell'OMS Europea per gli alimenti e la nutrizione | 57 |
| Allegato 6. La Convenzione 183 dell'OIL sulla Protezione della Maternità | 58 |
| Allegato 7. Formato per un'analisi della situazione | 60 |
| Allegato 8. Modello di politica nazionale sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini | 67 |
| Glossario | 68 |

Abbreviazioni

| | |
|----------|---|
| AMS | Assemblea Mondiale della Salute |
| BFH | Ospedale Amico del Bambino |
| BFCI | Iniziativa Comunità Amica del Bambino |
| BFHI | Iniziativa Ospedale Amico del Bambino |
| CCSC | Comunicazione per il cambiamento sociale e di comportamento |
| CRC | Convenzione sui Diritti del Bambino |
| EURODIET | Nutrizione e dieta per stili di vita salutari in Europa |
| FAO | Organizzazione delle Nazioni Unite per gli Alimenti e l'Agricoltura |
| HIV | Virus dell'Immunodeficienza Umana |
| IBCLC | International Board Certified Lactation Consultant |
| IBLCE | International Board of Lactation Consultant Examiners |
| MDG | Obiettivi di Sviluppo del Millennio |
| OIL | Organizzazione Internazionale del Lavoro |
| OMS | Organizzazione Mondiale della Salute |
| ONG | Organizzazione Non-Governativa |
| SAM | Settimana Mondiale per l'Allattamento |
| UE | Unione Europea |
| UN | Nazioni Unite |
| UNICEF | Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia |

*I partecipanti al progetto desiderano porgere un particolare ringraziamento a
Henriette Chamouillet, Camilla Sandvik, Mariann Skar e Claire Dabin,
Direzione per la Salute Pubblica e la Valutazione del Rischio e Agenzia Esecutiva
per il Programma di Sanità Pubblica, Commissione Europea,
per il sostegno che hanno dato al progetto.*

Preambolo

Il Programma d'Azione^a è stato presentato alla Conferenza sulla Promozione dell'Allattamento al Seno in Europa il 18 Giugno 2004 al Castello di Dublino, Irlanda. Il documento, nonostante fosse basato su analisi scrupolose della situazione, su revisioni approfondite di tutti gli interventi efficaci, su esperienze positive nazionali e locali, e sul consenso di centinaia di individui e di gruppi che si dedicano alla protezione, promozione e al sostegno dell'allattamento al seno in Europa, è stato comunque il risultato di un lavoro d'ufficio. Al momento della presentazione del Programma d'Azione nessuno poteva sapere se avrebbe costituito un modello ed una guida utile per programmazioni nazionali e locali.

Per questo motivo si è ritenuto di fare domanda per un secondo progetto che potesse verificare sul campo l'utilità del Programma d'Azione. Il progetto è stato approvato e finanziato dalla Commissione Europea ed ha preso il via nel Maggio del 2005 in otto paesi (o regioni): Belgio, Danimarca, Francia (Rhône-Alpes), Irlanda, Italia (Toscana), Lettonia, Lussemburgo e Polonia (Lublino).

Alcuni di questi paesi o regioni possedevano già un piano per la protezione, la promozione e il sostegno all'allattamento al seno, mentre altri dovevano cominciare ex novo. Alcuni implementavano le attività correlate da anni, mentre altri erano più indietro com'è dimostrato dalle profonde differenze nei tassi stimati di inizio e durata dell'allattamento. Tutti i paesi speravano di sviluppare e rivedere le loro politiche ed i loro piani nella speranza di aumentare l'efficacia dei loro interventi migliorando sia i tassi d'allattamento al seno così come il vissuto delle madri che allattano.

La realizzazione del progetto ha incontrato difficoltà di diverso genere e grado in differenti paesi e regioni, come descritto nel rapporto finale dello stesso.^b I progressi sono stati accelerati in tutti i paesi partecipanti, anche se non sempre nei luoghi desiderati e con i risultati attesi. Ad ogni modo, in tutti i paesi e in tutte le regioni il Programma d'Azione si è rivelato una guida utile per l'analisi della situazione iniziale e per la revisione di politiche e piani. Dove questo non è stato possibile, il Programma d'Azione ha comunque aiutato nel coordinamento di attività ai diversi livelli dei servizi sociali e sanitari.

In base alle esperienze raccolte durante il progetto, il Programma d'Azione è stato rivisto e aggiornato. I contenuti del documento originale sono stati ritenuti solidi, per cui il Programma rivisitato non è diverso nella sostanza da quello precedente. È stato cambiato il modo in cui tali contenuti sono organizzati, per facilitare l'uso del Programma come strumento di pianificazione da due tipi di utenti:

- Responsabili politici ed amministratori, non necessariamente coinvolti nelle tematiche dell'allattamento al seno e nello sviluppo e nella revisione di piani d'azione, ma con posizioni influenti, che hanno bisogno di una panoramica veloce sui principi e sulle informazioni di carattere generale del Programma d'Azione.
- Professionisti coinvolti direttamente nello sviluppo e nella revisione di piani d'azione che necessitano di una guida pratica nelle diverse fasi del processo di pianificazione.

I cambiamenti nella sequenza delle sezioni e le parti che modificate o integrate con contenuti nuovi sono:

^a http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

^b http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

- L'introduzione originale faceva riferimento a numerosi documenti non familiari a diversi pianificatori. Questi documenti sono stati riassunti negli annessi.
- È stata aggiunta una sezione su “quali problemi sono stati incontrati nella messa in pratica del Programma d’Azione nei paesi e nelle regioni partecipanti”.
- L’analisi della situazione è stata aggiornata usando i risultati di un sondaggio con lo stesso questionario usato nel progetto precedente.
- Cambiamenti minori sono stati fatti per aggiornare le informazioni contenute nelle sezioni sui determinanti dell’allattamento e la revisione degli interventi efficaci.
- Documenti di importanza rilevante sull’alimentazione dei lattanti e dei bambini pubblicati dopo il 2004 sono stati integrati e referenziati nel nuovo testo.
- Il corpo centrale del Programma d’Azione iniziava con alcuni suggerimenti su come effettuare un’analisi della situazione. Uno strumento adatto a questo scopo, tratto dal Programma d’Azione e usato durante la fase pilota, è stato aggiunto in allegato.
- La sezione su politiche, pianificazione, gestione e finanziamento include alcuni paragrafi sullo sviluppo di una politica (con un esempio in allegato) e sulla pubblicazione di linee guide (con riferimento a linee guide standard sviluppate durante il progetto).
- Alla sezione sulla pianificazione seguono ora alcune indicazioni su come stabilire priorità e definire obiettivi. La sezione su gestione e finanziamento è stata ampliata e completata con alcuni accenni al monitoraggio.
- I termini “informazione, educazione e comunicazione” sono stati sostituiti in tutto il testo da “comunicazione per il cambiamento sociale e dei comportamenti”, che descrive meglio gli obiettivi e le attività trattate in quella sezione.
- Le sezioni sulla formazione, la protezione, la promozione ed il sostegno sono rimaste sostanzialmente invariate, con piccole modifiche nella forma ed alcuni aggiornamenti.
- Tutte le tabelle con gli obiettivi raccomandati, le responsabilità, i prodotti e i risultati sono state raccolte dopo il corpo del testo per facilitarne la lettura e per renderne più agevole la consultazione.
- La sezione sul monitoraggio è stata aggiornata e migliorata e le sue tabelle sono state cancellate; il loro contenuto è stato integrato all’interno delle specifiche tabelle sulle attività.
- La lista degli autori e revisori è stata spostata dopo la lista aggiornata dei riferimenti bibliografici, e un breve glossario completa il Programma d’Azione dopo gli annessi.

Il Programma d’Azione che i lettori troveranno qui di seguito non è quindi sostanzialmente diverso dal documento originale, a conferma del fatto che quest’ultimo era basato su solide conoscenze e su pratiche ed esperienze consolidate nel tempo. Si spera che la revisione abbia reso il Programma d’Azione più facile da usare per tutti coloro che sono interessati a migliorare la salute e l’alimentazione dei lattanti e dei bambini in Europa.

Nota. Coloro che usano la versione elettronica del Programma d’Azione possono usare la funzione [Ctrl + click](#) sulle parole [sottolineate in blu](#) per spostarsi velocemente alla sezione del documento a cui fanno riferimento le suddette parole.

Prefazione all'edizione del 2004

É con grande piacere che presento questo Programma d'Azione per la protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno in Europa, sviluppato da un progetto co-finanziato dalla Direzione Generale per la Salute e la Protezione dei Consumatori della Commissione Europea.

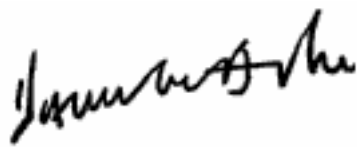
La promozione dell'allattamento al seno è uno degli interventi più efficaci per il miglioramento della salute dei nostri bambini. Ha dei benefici effetti anche per le madri, le famiglie, la collettività, il sistema sanitario e sociale, l'ambiente e la società in generale.

Ci sono numerose iniziative a livello locale, regionale, nazionale ed internazionale per promuovere l'allattamento al seno. Sono convinto, tuttavia, che la probabilità che queste iniziative raggiungano dei risultati validi e permanenti aumenti molto se le attività si basano su solidi piani che includano interventi di provata efficacia integrati in un programma coordinato.

Questo Programma d'Azione fornisce un modello per lo sviluppo di questi piani. Il Programma sarà a disposizione di tutti quei Governi, istituzioni ed organizzazioni desiderosi di collaborare per la protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. Li invito ad usare questo Programma ed a tradurne in pratica proposte e raccomandazioni.

Confido che questi piani contribuiranno a rispondere alla richiesta dei cittadini Europei per un'informazione ed un sostegno migliori all'inizio ottimale della vita per i loro bambini.

Desidero ringraziare il gruppo di coloro che hanno sviluppato e scritto questo Programma d'Azione per il loro contributo.



David Byrne
Commissario Europeo per la Salute e la Protezione dei Consumatori

Riassunto

La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno sono una priorità di salute pubblica in Europa. Tassi ridotti ed interruzione precoce dell'allattamento al seno hanno importanti conseguenze sanitarie e sociali negative per le donne, i bambini, la collettività e l'ambiente, sono associati ad una maggiore spesa sanitaria e fanno aumentare le ineguaglianze. La [Strategia Globale](#) per l'Alimentazione del Lattante e del Bambino, adottata da tutti i paesi membri dell'OMS alla 55^a AMS nel Maggio 2002 costituisce la base per iniziative di salute pubblica volte a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno. La [Dichiarazione degli Innocenti del 2005](#) evidenzia ulteriormente le azioni chiave più urgenti per assicurare ai bambini il migliore inizio della vita e per il rispetto dei diritti umani delle generazioni presenti e future.

Numerose esperienze mostrano chiaramente come l'allattamento al seno possa essere protetto, promosso e sostenuto solo attraverso azioni concertate e coordinate. Questo Programma d'Azione, scritto da esperti in allattamento al seno in rappresentanza di tutti i paesi dell'UE ed associati e dei più importanti gruppi e parti in causa, comprese le madri, è un modello che traccia i contorni delle attività che un piano nazionale o regionale dovrebbe contemplare e mettere in pratica. Il Programma incorpora interventi specifici ed insiemi di interventi per i quali vi sono prove d'efficacia. Si spera che l'applicazione di questo Programma possa contribuire ad ottenere un ampio miglioramento delle pratiche e dei tassi di allattamento al seno (inizio, esclusività, durata) in Europa; un maggior numero di genitori fiduciosi, responsabili e soddisfatti della loro esperienza di allattamento al seno; ed operatori sanitari con maggiore competenza e soddisfazione sul lavoro. Questo è in linea con le azioni previste dal [Secondo Piano d'Azione dell'OMS Europea 2007-12](#).

I bilanci, le strutture e le risorse umane ed organizzative disponibili dovranno essere presi in considerazione per sviluppare piani d'azione nazionali e regionali basati su questo Programma d'Azione. Tali piani d'azione dovrebbero essere fondati su politiche chiare, forte capacità gestionale ed adeguati finanziamenti. Le specifiche attività di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno dovrebbero essere sorrette da un efficace piano di comunicazione per il cambiamento sociale e dei comportamenti, e da adeguata formazione di base ed educazione continua. Il monitoraggio e la valutazione, oltre alla ricerca operativa su priorità concordate, sono essenziali per un'efficace pianificazione. Questo Programma raccomanda, in sei capitoli, obiettivi per tutte queste attività, identifica le responsabilità e suggerisce possibili indicatori di rendimento e risultato.

1. Politiche e piani, gestione e finanziamento

La politica nazionale dev'essere imperniata sulla [Strategia Globale](#) dell'OMS e sul [Secondo Piano d'Azione dell'OMS Europea per gli Alimenti e la Nutrizione 2007-12](#), e dovrebbe essere integrata con le altre politiche nazionali su salute e alimentazione. Sezioni specifiche di queste politiche nazionali dovrebbero affrontare le problematiche di gruppi socialmente svantaggiati e bambini in circostanze particolarmente difficili per ridurre le ineguaglianze. Le associazioni professionali devono essere incoraggiate ad emanare raccomandazioni e linee guida basate sulle politiche nazionali e su raccomandazioni standard come quelle proposte dal progetto EUNUTNET. Tutte le politiche su salute pubblica e alimentazione dovrebbero essere sviluppate senza interferenze o pressioni commerciali, in modo da evitare il rischio che i conflitti d'interesse interferiscano con l'integrità delle decisioni professionali e la fiducia del pubblico. I ministeri e le autorità sanitarie competenti devono sviluppare piani a lungo e breve termine e designare coordinatori qualificati e comitati intersettoriali. Risorse umane e finanziarie adeguate sono necessarie per la messa in atto di questi piani d'azione.

2. Comunicazione per il cambiamento sociale e dei comportamenti

Un'adeguata comunicazione per il cambio sociale e dei comportamenti è cruciale per ristabilire una cultura dell'allattamento al seno in aree e paesi dove l'alimentazione artificiale è stata considerata la norma per molti anni o generazioni. I messaggi della comunicazione per il cambio sociale e dei comportamenti per gli individui e la collettività devono essere coerenti con le politiche, le raccomandazioni e le leggi, così come le pratiche all'interno dei servizi sanitari e sociali. I neo-genitori e quelli in attesa hanno il diritto di ricevere informazioni complete, corrette ed indipendenti sull'alimentazione infantile, compresi consigli su alimenti complementari sicuri, tempestivi ed appropriati, in modo da poter prendere decisioni consapevoli. Operatori ben formati, *peer counsellors* e gruppi di sostegno mamma-a-mamma devono offrire adeguati consigli in un rapporto faccia-a-faccia. I bisogni particolari delle donne con minori probabilità di allattare devono essere identificati ed attivamente soddisfatti. La distribuzione di materiali sull'alimentazione infantile da parte di produttori e distributori di prodotti contemplati dal [Codice Internazionale](#) per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno che non sono stati approvati dalle autorità competenti dev'essere proibita.

3. Formazione

La formazione di base e l'educazione continua per tutte le categorie di operatori sanitari devono essere migliorate. I *curricula* formativi e le competenze pratiche sull'allattamento al seno e sulla sua gestione, così come i relativi testi e manuali, devono essere rivisti e, ove necessario, sviluppati. Corsi di provata efficacia devono essere offerti per l'educazione continua di tutti gli operatori, con particolare attenzione per il personale delle maternità e addetto all'assistenza dell'infanzia. I produttori e distributori di prodotti contemplati dal [Codice Internazionale](#) non devono influenzare la formazione ed i materiali didattici. Alcuni operatori sanitari devono essere incoraggiati a seguire corsi avanzati di gestione dell'allattamento al seno, scelti tra quelli che rispondono ai migliori criteri di competenza professionale.

4. Protezione, promozione e sostegno

La protezione dell'allattamento al seno è fondata sulla piena applicazione del [Codice Internazionale](#) e le pertinenti risoluzioni dell'AMS, compresi i meccanismi per farlo rispettare e per perseguirne le violazioni ed un sistema di monitoraggio indipendente da interessi commerciali. È fondata altresì su una [legislazione per la protezione della maternità](#) che permetta a tutte le madri che lavorano di allattare esclusivamente per i primi sei mesi e di continuare in seguito. La promozione dipende dalla messa in atto di politiche e raccomandazioni nazionali a tutti i livelli del sistema sanitario e sociale in modo che l'allattamento al seno sia inteso come la norma. Un sostegno efficace richiede l'impegno ad istituire standard d'eccellenza in tutte le istituzioni ed i servizi per la maternità e l'infanzia. A livello individuale, ciò significa accesso per tutte le donne a servizi di sostegno per l'allattamento al seno, compresa l'assistenza di operatori opportunamente qualificati nella gestione dello stesso, *peer counsellors* e gruppi di sostegno mamma-a-mamma. Devono essere incoraggiati progetti locali e comunitari di sostegno familiare e sociale, basati sulla collaborazione tra i servizi ed il volontariato. Dev'essere protetto il diritto delle donne ad allattare dove e quando vogliono. Tutte le attività di protezione, promozione e sostegno dovrebbero essere dirette in particolare alle donne che hanno meno probabilità di allattare al seno e alle loro famiglie.

5. Monitoraggio

Il monitoraggio e la valutazione formano parte integrale di un piano d'azione. Per garantire la comparabilità, si devono usare indicatori, definizioni e metodi standardizzati per stimare i tassi di inizio, esclusività e durata dell'allattamento al seno. In Europa non c'è ancora un consenso al riguardo; è urgente raggiungere questo consenso ed elaborare istruzioni pratiche su una lista di indicatori standard, includendo definizioni e metodi basati sulle raccomandazioni dell'OMS, per garantire la comparabilità a livello internazionale. Un piano d'azione deve comprendere anche criteri standardizzati per il monitoraggio e la valutazione delle pratiche dei servizi sanitari e sociali, della messa in atto di politiche, leggi e codici, della copertura ed efficacia delle attività di comunicazione per il cambio sociale e dei comportamenti, e della formazione. I risultati ricavati dalle attività di monitoraggio e valutazione dovrebbero essere usati per la ripianificazione.

6. Ricerca

La ricerca dovrebbe chiarire gli effetti delle pratiche commerciali coperte dal [Codice Internazionale](#), di una legislazione più estesa per la protezione della maternità, di diversi approcci ed interventi di comunicazione per il cambio sociale e dei comportamenti, e di altre iniziative di sanità pubblica. I rapporti costo/beneficio e costo/efficacia, e la fattibilità di diversi interventi, hanno bisogno di ulteriore ricerca. La qualità della ricerca dev'essere migliorata, in particolare per quanto riguarda disegno e metodi di studio, costanza nell'uso di definizioni standardizzate, ed uso di appropriati metodi di ricerca qualitativi quando è necessario. È di particolare importanza disporre di linee guida etiche che assicurino indipendenza da interessi commerciali e la dichiarazione, seguita da un'adeguata gestione, di potenziali conflitti d'interesse da parte dei ricercatori.

I. Introduzione

La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno dovrebbero essere una priorità di salute pubblica in Europa perché:

- L'allattamento al seno è il modo naturale di alimentare i neonati ed i bambini. L'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi assicura un'ottima crescita, salute e sviluppo.¹ In seguito l'allattamento al seno, con adeguata alimentazione complementare, dà un importante contributo alla nutrizione, alla salute ed allo sviluppo del bambino, inclusa la prevenzione delle infezioni, del sovrappeso, dell'obesità, dei tumori e di altre malattie croniche.²⁻⁶
- In alcune istituzioni dei servizi sanitari e sociali l'allattamento al seno non è promosso e sostenuto in maniera ottimale. Molte istituzioni sanitarie e sociali forniscono servizi che notoriamente ostacolano invece di favorire l'inizio efficace ed il proseguimento dell'allattamento al seno.^{7,8} Di conseguenza, molti bambini in Europa sono privati dei molti benefici che l'allattamento al seno può offrire.
- Tassi ridotti ed interruzione precoce dell'allattamento al seno, in particolare nelle popolazioni più povere e marginalizzate, hanno importanti conseguenze sanitarie e sociali negative per le donne, i bambini, la collettività e l'ambiente, sono associati ad una maggiore spesa sanitaria e all'esacerbazione delle esistenti ineguaglianze nella salute.⁹⁻¹¹

“Se si rendesse disponibile un nuovo vaccino che prevenisse un milione o più di morti infantili all'anno, e che fosse oltretutto poco costoso, sicuro, somministrabile per bocca, e non richiedesse catena del freddo, diventerebbe immediatamente un imperativo di salute pubblica. L'allattamento al seno può fare questo ed altro, ma richiede una sua "catena calda" di sostegno, e cioè assistenza competente alle madri perché possano avere fiducia in se stesse e per mostrare loro cosa fare, e protezione da pratiche dannose. Se questa catena calda si è persa nella nostra cultura, o ha dei difetti, è giunto il tempo di farla funzionare.”¹²

La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno ricadono nella sfera dei diritti umani. La Convenzione sui Diritti dei Bambini,¹³ adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata finora da tutti i paesi eccetto gli USA e la Somalia, afferma nell'Articolo 24 che *“i Paesi membri riconoscono il diritto del bambino a godere del più alto livello raggiungibile di salute ... i Paesi membri cercheranno di mettere pienamente in pratica questo diritto ed in particolare prenderanno misure appropriate ... per assicurare che tutti i settori sociali, ed in particolare genitori e figli, siano informati ed abbiano accesso ad educazione e sostegno nell'uso delle principali conoscenze riguardanti la salute e la nutrizione, i vantaggi dell'allattamento al seno, l'igiene ed il miglioramento dell'ambiente, e la prevenzione degli incidenti”*.

Le iniziative di sanità pubblica volte a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno dovrebbero essere fondate sulla [Strategia Globale](#) per l'Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini (Allegato 1) adottata da tutti i paesi membri dell'OMS alla 55^a AMS nel Maggio 2002 e dal Comitato Esecutivo dell'UNICEF nel settembre del 2002.¹⁴ La Strategia Globale poggia sul [Codice Internazionale](#) per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno¹⁵ e sulle successive risoluzioni pertinenti dell'AMS (Allegato 2);^c sulla

^c Il Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive risoluzioni pertinenti dell'AMS sono designati assieme in questo documento come Codice Internazionale.

[Dichiarazione degli Innocenti del 1990](#) (Allegato 3)¹⁶ e sull'[Iniziativa Ospedale Amico del Bambino](#) dell'OMS e dell'UNICEF (Allegato 4).¹⁷ L'urgenza di mettere in atto delle azioni che permettano di raggiungere gli obiettivi della Strategia Globale è ulteriormente enfatizzata dalla [Dichiarazione degli Innocenti del 2005](#).¹⁸ La Strategia Globale è inoltre conforme con la Dichiarazione Mondiale ed il Piano d'Azione della FAO/OMS del 1992,¹⁹ e con il primo e secondo [Piano d'Azione Europeo per le Politiche sugli Alimenti e la Nutrizione](#) dell'OMS (Allegato 5).^{20,21} Tutti i paesi dell'UE si sono impegnati a raggiungere gli obiettivi proposti da quest'ultimo.

La [Strategia Globale](#) presta particolare attenzione ai bisogni speciali dei bambini che vivono in circostanze difficili (bambini con basso peso alla nascita, bambini malnutriti, vittime di disastri naturali e causati dall'uomo, bambini nati da madri HIV positive, bambini con famiglie in situazioni difficili) ed include politiche per un'alimentazione complementare appropriata e tempestiva. Si raccomanda che i paesi dell'UE e/o le associazioni ivi basate adottino le Linee Guida Operative sull'Alimentazione dei Bambini in Situazioni d'Emergenza quando devono fornire aiuto umanitario ad altri paesi o sostegno nutrizionale a rifugiati e richiedenti asilo nei paesi dell'UE.^{22d}

L'importanza di proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno è stata reiterata anche in importanti documenti dell'UE. Il progetto EURODIET raccomandava con forza una revisione delle attività attuali e lo sviluppo e la messa in atto di un piano d'azione Europeo.²³ In seguito ad EURODIET, la cosiddetta Iniziativa Francese sulla nutrizione sottolineava la necessità di azioni per la sorveglianza e la promozione dell'allattamento al seno.²⁴ L'Iniziativa Francese ha portato il Consiglio d'Europa ad emanare la Risoluzione su Nutrizione e Salute del Dicembre 2000, nella quale l'allattamento al seno era ufficialmente identificato come una priorità.²⁵

La protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno hanno importanti conseguenze sociali ed economiche, oltre che per la salute. In molti paesi ad alto reddito, il costo per il sistema sanitario di trattare malattie e condizioni prevenibili con l'allattamento è stimato in molte migliaia di euro per bambino all'anno.²⁶⁻²⁹ A questi costi le famiglie devono aggiungere centinaia di euro per l'acquisto e la somministrazione di latte artificiale e per spese indirette di salute.^{30,31} L'alimentazione artificiale ha anche un impatto pesante sull'ambiente, per le attività agricole relazionate all'allevamento delle mucche da latte, i procedimenti industriali per la produzione e la distribuzione dei latti, l'energia necessaria a mantenere il ciclo di produzione, trasporto e consumo, e la gestione di un'enorme quantità di rifiuti. Infine, l'allattamento al seno è spesso citato nei rapporti della Commissione dell'OMS sui Determinanti di Salute come uno dei fattori che potrebbero contribuire alla riduzione delle ineguaglianze nazionali e globali.^{32,33}

Questo Programma d'Azione ed i documenti associati^{34,35} sono una logica conseguenza di questi progetti, proposte, iniziative e risoluzioni, e mettono a disposizione strumenti pratici per concretizzare le aspirazioni di tutte le precedenti indicazioni.

Perché abbiamo bisogno di questo Programma d'Azione?

Benché sia difficile interpretare i dati disponibili, è chiaro che i tassi e le pratiche di allattamento al seno nei paesi dell'UE sono ben al di sotto di quanto raccomandato dalle migliori linee guida.^{2,14} La Strategia Globale per l'Alimentazione del Lattante e del Bambino

^d Altre risorse su questo tema sono disponibili sul sito <http://www.enonline.net/ife/view.aspx?resid=6>

afferma che: *“Come raccomandazione globale di salute pubblica, i bambini dovrebbero essere allattati esclusivamente al seno per i primi sei mesi di vita per una crescita, uno sviluppo ed una salute ottimali. In seguito, per soddisfare le loro mutevoli richieste nutrizionali, i bambini dovrebbero ricevere alimenti complementari nutrizionalmente adeguati e sicuri mentre continuano ad essere allattati al seno fino a due anni ed oltre.”*

Numerose esperienze mostrano chiaramente come l’allattamento al seno possa essere protetto, promosso e sostenuto solo attraverso azioni concertate e coordinate. I paesi dell’UE stanno attualmente coordinando azioni in altri settori sanitari e sociali. Le azioni per l’allattamento al seno sono attualmente scoordinate. Non tutti i paesi hanno politiche e piani nazionali, ed anche quelli che li hanno a volte non li mettono in pratica o hanno politiche non compatibili con quelle universalmente riconosciute e basate su dimostrazioni scientifiche.

Cos’è questo Programma d’Azione?

Questo Programma è un modello che traccia i contorni delle attività che un piano nazionale o regionale dovrebbe contemplare e mettere in pratica per proteggere, promuovere e sostenere efficacemente l’allattamento al seno. Integrato in tutte le fasi del Programma d’Azione vi è il bisogno di:

- Politiche, pianificazione, gestione e finanziamento efficaci.
- Un’alta qualità nella comunicazione per il cambio sociale e dei comportamenti.
- Formazione di base ed educazione continua appropriata, con supervisioni di sostegno.
- Monitoraggio e valutazione tempestiva di tutte le iniziative correlate.

Il Programma incorpora interventi specifici ed insiemi di interventi la maggior parte dei quali sono stati catalogati per livelli di evidenze disponibili.³⁵ Il Programma include anche interventi che, pur non essendo basati su prove d’efficacia, nell’esperienza di molti anni hanno dimostrato la loro utilità per la realizzazione efficace di un Programma d’Azione.

Il Programma è presentato come un modello sul quale costruire secondo necessità. Alcuni paesi o regioni in Europa potrebbero già avere delle strutture ben coordinate e delle pratiche di buona qualità che non richiedono molte altre azioni. Altri potrebbero avere attività mal coordinate, più o meno regolate da politiche e basate su prove d’efficacia; la necessità di applicare questo Programma è più ovvia in questi casi. Le informazioni raccolte da questo progetto sembrano indicare che la situazione nella maggior parte dei paesi dell’UE sia intermedia tra questi due estremi; ciò richiede un’attenta selezione ed un adattamento delle attività suggerite da questo Programma d’Azione per affrontare le specifiche carenze delle politiche e delle pratiche di ogni singolo paese e regione.

Questo Programma raccomanda alcune strategie operative applicabili trasversalmente in tutta Europa, come quelle relative alla commercializzazione dei sostituti del latte materno, alla posizione dell’UE nelle riunioni del Codex Alimentarius, e alla ricerca. Su altri piani, il Programma d’Azione è consapevole che strategie Europee trasversali richiederebbero l’unificazione della molteplicità delle diverse strutture e modi di finanziamento prevalenti in molti paesi, e che ciò non è fattibile in un breve periodo. Quindi le strategie operative ed i piani d’azione basati su questo Programma possono essere efficaci a livello nazionale e regionale solo se si tengono in dovuta considerazione i bilanci, le strutture e le risorse umane ed organizzative disponibili.

Com'è stato sviluppato questo Programma d'Azione?

Questo Programma è stato sviluppato da un gruppo di esperti in allattamento al seno in rappresentanza di tutti i paesi dell'UE ed associati. Nel gruppo dei delegati nazionali erano rappresentate la maggior parte delle professioni sanitarie, dei gruppi e delle parti in causa, compresi gli utenti dei servizi. Prima di sviluppare il Programma d'Azione, il gruppo ha analizzato la situazione attuale (inclusi gli attuali tassi e pratiche dell'allattamento al seno) in tutti i paesi partecipanti.³⁴ Il gruppo ha quindi intrapreso un'approfondita revisione degli interventi per l'allattamento al seno, assieme ad un'analisi delle prove scientifiche che li sostengono, per identificare il divario tra ciò che si fa e ciò che si dovrebbe fare.³⁵ La bozza di Programma d'Azione è stata quindi sottoposta all'attenta valutazione e revisione di un vasto gruppo di esperti ricoprenti ruoli importanti nei rispettivi paesi. La versione attuale è stata rivista all'interno del progetto "Promozione dell'allattamento in Europea: test pilota del Programma d'Azione" così come è stato descritto nel preambolo.

A chi è rivolto questo Programma d'Azione?

Questo Programma è indirizzato alle persone che, nei paesi dell'UE ed associati, si occupano della salute delle donne e dei bambini, del benessere, dell'educazione e altre tematiche correlate, e che hanno un ruolo importante per le decisioni e le politiche governative di salute pubblica concernenti il benessere di donne e bambini e la formazione. Ha anche lo scopo di stimolare la cooperazione tra tutti coloro che lavorano nel settore pubblico e privato, comprese le ONG, con un ruolo importante nella protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno. Esiste anche una versione semplificata del Programma d'Azione originale, rivolta ai cittadini ed ai mezzi di comunicazione.^e

Come può essere usato questo Programma d'Azione?

Alle autorità nazionali e regionali per la salute pubblica, gli affari sociali e l'istruzione è stato raccomandato di applicare gli aspetti di questo Programma d'Azione che ritengono interessanti per lo sviluppo o la revisione delle loro politiche ed iniziative sull'allattamento al seno, inclusi i piani operativi. L'attuazione e la valutazione di piani d'azione regionali e nazionali basati su questo Programma saranno responsabilità delle autorità interessate, includendo il livello distrettuale e di unità sanitaria. Parte importante di questo processo sarà ottenere l'impegno delle istituzioni coinvolte a lavorare assieme per la realizzazione delle attività proposte. Queste istituzioni comprendono ospedali ed uffici territoriali, dipartimenti governativi nazionali e regionali, organizzazioni professionali, ONG, scuole, collegi, associazioni di lavoratori e datori di lavoro, e molte altre. Il Programma d'Azione suggerisce anche l'uso di alcuni indicatori di rendimento e risultato, mentre gli indicatori di processo devono essere chiaramente stabiliti nei piani operativi nazionali e regionali.

Quali difficoltà sono state identificate nell'applicazione del Programma di Azione nei siti pilota?

In alcune circostanze, le tematiche trattate nel Programma d'Azione e la documentazione relativa non erano familiari ai responsabili politici. Questo ha portato ad alcune incomprensioni riguardanti, per esempio, la priorità delle azioni chiave e la loro applicazione a livello pratico. Personale sanitario e membri di ONG d'altro canto non erano sempre in grado di comprendere la prospettiva di gestione e finanziamento dei responsabili politici. Alcune difficoltà sono state riscontrate con la formattazione del Programma d'Azione

^e http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a3_18_en.pdf

originale, che rendeva difficile seguirlo e renderlo operativo in maniera consequenziale. Questo è stato modificato nella versione aggiornata. I problemi riscontrati si riferivano soprattutto alla sezione sul monitoraggio; gli utenti hanno suggerito che sarebbe stato meglio integrare le indicazioni su quali risultati e quali prodotti monitorare nelle tabelle delle attività, piuttosto che in sezioni separate, lasciando comunque i contenuti invariati dal Programma d'Azione originale.

Quali risultati si attendono dal Programma d'Azione?

Si spera che l'applicazione di questo Programma possa contribuire ad ottenere:

- un ampio miglioramento delle pratiche e dei tassi di allattamento al seno (inizio, esclusività, durata) in Europa;
- un maggior numero di genitori fiduciosi, responsabili e soddisfatti della loro esperienza di allattamento al seno;
- operatori sanitari con maggiore competenza e soddisfazione sul lavoro.

Il raggiungimento di questi risultati comporta la messa in atto di una serie di azioni a livello nazionale e regionale adeguatamente finanziate, regolarmente riesaminate ed aggiornate al bisogno.

Il Programma d'Azione riconosce che le madri che decidono di non allattare al seno e di alimentare artificialmente i loro bambini, dopo aver ricevuto informazioni complete, corrette ed indipendenti da interessi commerciali sull'alimentazione infantile, devono essere rispettate nelle loro decisioni e devono ricevere tutto il sostegno per l'alimentazione infantile necessario a metterle in pratica, comprese chiare informazioni su quando e come introdurre alimenti complementari. Dato che il nutrimento e la relazione implicano molto di più del puro dar da mangiare, qualsiasi sostegno alle madri deve andar oltre l'alimentazione, per favorire la costruzione di un legame affettivo ottimale tra la madre e il figlio.

II. La situazione attuale^f

Il Programma d'Azione originale contiene un riassunto dei risultati dell'indagine sulla situazione nei 29 paesi inclusi all'inizio del primo progetto; ulteriori dettagli sono stati pubblicati in una rivista di salute pubblica,³⁶ e il documento completo è reperibile su internet.^g La stessa indagine è stata effettuata durante questo progetto alla fine del 2007. I questionari sono stati spediti agli stessi 29 paesi e compilati da 23: Austria, Repubblica Ceca, Germania, Danimarca, Grecia, Spagna, Finlandia, Francia, Islanda, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Lettonia, Olanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Romania, Svezia, Slovenia, Repubblica Slovacca e Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord). Segue un riassunto delle principali conclusioni derivate dall'indagine:

- Per quanto riguarda la raccolta dei dati sul monitoraggio dei tassi di allattamento, le cose non sono cambiate molto dal 2002 al 2007. Le definizioni ed i metodi usati sono ancora lontani dall'essere stati standardizzati fra e all'interno dei vari paesi, rendendo le comparazioni nel 2007 difficili come nel 2002. Inoltre solo pochi paesi avevano dati aggiornati al 2007 rispetto al 2002.
- Un miglioramento nei tassi di inizio dell'allattamento è stato riportato da Irlanda, Francia e Regno Unito, cioè nei paesi in cui i tassi erano molto bassi nel 2002 e continuano ad essere più bassi che in altre parti d'Europa nel 2007. Tassi più alti di allattamento esclusivo a sei mesi sono stati riportati da Olanda e Repubblica Slovacca, mentre l'Austria ha registrato un'apparente diminuzione, dovuta ad un cambio nelle definizioni fra le indagini. Il tasso di allattamento generale a sei mesi è aumentato in Finlandia, e in maniera minore anche in Olanda e Portogallo. Per quanto riguarda l'allattamento a 12 mesi, l'unico paese ad aver registrato un miglioramento è l'Austria.
- Rimane valida la valutazione fatta nel 2002, che le pratiche ed i tassi di allattamento nei paesi dell'UE non si attengono alle indicazioni di OMS e UNICEF, così come non raggiungono gli obiettivi e le raccomandazioni proposte da politiche nazionali e da associazioni professionali. Anche nei paesi dove i tassi di inizio dell'allattamento sono alti c'è un marcato calo nei primi sei mesi. I tassi di allattamento esclusivo sono più bassi di quelli raccomandati in tutta la regione Europea.
- È aumentato il numero dei paesi con buone politiche nazionali, in particolare il numero dei paesi nei quali è raccomandato l'allattamento esclusivo fino a sei mesi. Solo sei dei 23 paesi non avevano una politica nazionale nel 2007, comparato con 11 di 29 nel 2002. Undici paesi riferiscono un aggiornamento delle loro linee guida pratiche sull'allattamento per raggiungere gli standard stabiliti dalla [Strategia Globale](#). Questo processo è stato incentivato dalla pubblicazione delle raccomandazioni standard sviluppate all'interno del progetto EUNUTNET e adottate da molte associazioni professionali.³⁷ Infine, otto paesi, inclusi quattro partecipanti al test pilota, hanno sviluppato e rivisto i loro piani nazionali durante questo periodo portando a 18 su 24 il totale dei paesi con un piano nazionale, comparato con 13 su 29 nel 2002.
- Alcuni paesi non hanno ancora raggiunto gli obiettivi fissati per il 1995 dalla [Dichiarazione degli Innocenti](#). La percentuale di paesi con un comitato nazionale è aumentata dal 69% del 2002 al 79% nel 2007, ma la percentuale di paesi con un coordinatore nazionale non ha registrato gli stessi miglioramenti. Anche in termini di sostegno finanziario ai comitati e coordinatori nazionali sono stati ottenuti solo pochi miglioramenti. Gli interventi fortemente raccomandati dalla [Dichiarazione degli Innocenti del 2005](#) non hanno accelerato i processi di cambiamento.

^f http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

^g http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_al_18_en.pdf

- Eccetto che per l’Austria e la Finlandia, il numero degli Ospedali Amici dei Bambini e la percentuale dei bambini nati in Ospedali Amici dei Bambini è aumentata in tutta l’Europa. La Svezia è l’unico paese dove tutti gli ospedali sono certificati come Amici dei Bambini (anche se dopo il 2003 non vi sono state rivalutazioni), ma il numero dei paesi dove più del 50% dei bambini è nato in questi ospedali è aumentato da tre a cinque. In generale c’è una tendenza positiva per questo indicatore. La [BFHI](#) è sicuramente l’area in cui più miglioramenti sono stati registrati nel 2007 rispetto al 2002, come dimostrato dal fatto che tutti i paesi hanno un coordinatore nazionale BFHI, rispetto a 20 su 29 nel 2002. Inoltre, molti paesi sono impegnati in altri aspetti delle Iniziative Amiche dei Bambini come quelle che affrontano la salute primaria, i reparti pediatrici, le unità di cura intensiva neonatale e la formazione per il personale sanitario. Il numero dei grossi ospedali universitari certificati come Amici dei Bambini ad ogni modo rimane basso, mentre la formazione di base continua ad essere inadeguata.
- La copertura della formazione continua che usa corsi di qualità certificata è aumentata. Tutti i paesi eccetto l’Irlanda e la Lituania hanno introdotto i corsi di 18 ore UNICEF/OMS sulle pratiche di allattamento e/o i corsi di 40 ore UNICEF/OMS sul counselling, o versioni riadattate dei suddetti corsi (ad esempio, Danimarca, Norvegia e Svezia). In alcuni casi questi corsi sono stati considerati troppo generici. Anche il numero di IBCLC sta aumentando nella maggior parte dei paesi, ad indicare il bisogno di esperti in allattamento.
- Nella maggior parte dei paesi non sono stati riportati grossi cambiamenti nella legislazione relativa alla protezione della maternità e alla commercializzazione dei sostituti del latte materno. Questo è comprensibile, dato che tali cambiamenti avvengono generalmente in periodi più lunghi e spesso dipendono dalle convenzioni e dalle direttive europee ed internazionali. Per quanto riguarda il [Codice Internazionale](#), la maggior parte dei paesi applica le direttive UE del 1991 che non copre tutte le disposizioni del Codice.³⁸ Nel dicembre del 2006 la Commissione Europea ha pubblicato le direttive aggiornate; ciò non cambierà nella sostanza l’applicazione di tutte le disposizioni del Codice Internazionale.³⁹ Nel frattempo alcuni paesi hanno fatto delle inchieste per monitorare l’applicazione del Codice Internazionale dimostrando che la violazione di quest’ultimo avviene in maniera sistematica.
- In molti paesi la legislazione sulla protezione della maternità in relazione all’allattamento al seno va oltre gli standard minimi della [Convenzione 183 dell’OIL](#),⁴⁰ nonostante solo otto paesi l’abbiano finora ratificata: Austria, Bulgaria, Cipro, Ungheria, Italia, Lituania, Romania e Repubblica Slovacca. Dove la legislazione nazionale non soddisfa gli standard dell’OIL, ciò riguarda soprattutto i provvedimenti per le pause allattamento durante il lavoro. Inoltre, molte categorie di donne lavoratrici (per esempio, donne impiegate da meno di 6-12 mesi al momento della domanda per licenza di maternità, lavoratrici a contratto, donne con lavoro a part-time o irregolare, apprendiste e studentesse lavoratrici) non sono coperte dalla legge. Infine molte legislazioni nazionali non sono state adattate per permettere alle madri di seguire integralmente le indicazioni della [Strategia Globale](#).
- Tutti i paesi segnalano la presenza di peer counsellors e gruppi ed organizzazioni di sostegno mamma-a-mamma; il numero di questi è generalmente in aumento, così come la copertura dei servizi che essi offrono, anche se è considerata medio-alta solo nella metà dei paesi. Il grado di coordinamento tra questi gruppi è in lento miglioramento così come i livelli di integrazione e coordinamento con il sistema sanitario. I fondi per l’attività di comunicazione stanno anche aumentando con un conseguente aumento nella produzione dei materiali (libretti, pieghevoli, video e campagne d’informazione) includendo quelli usati per la settimana mondiale dell’allattamento.

III. I determinanti dell'allattamento al seno

Perché un piano d'azione sia efficace e fattibile è necessario tenere nella giusta considerazione i determinanti dell'allattamento al seno. I determinanti devono essere presi in considerazione anche quando si elaborano protocolli per il monitoraggio degli atteggiamenti, delle pratiche e dei tassi di allattamento al seno. Le diverse sfere d'influenza di questi determinanti comportano che si debba valutare il loro effetto attraverso politiche nazionali così come al livello del sistema sanitario e sociale in generale, e che si debba agire di conseguenza. Molti dei determinanti dell'allattamento al seno possono agire in direzioni diverse dipendendo dai contesti locali specifici. Per esempio, in diverse popolazioni, l'educazione e l'occupazione della madre possono essere associate ad una più lunga o più corta durata dell'allattamento. I determinanti dell'allattamento possono essere organizzati in diversi modi. La tabella sottostante illustra una delle possibili divisioni in categorie e una lista di determinanti che, si sa, influenzano l'inizio e la durata dell'allattamento.⁴¹

| | |
|------------------------------|---|
| Madre, bambino, famiglia | <ul style="list-style-type: none"> • Età, parità, stato di salute fisica e psicologica della madre • Esperienze di allattamento della madre, per se stessa e per i figli precedenti • Livello d'istruzione, occupazione, classe sociale, provenienza, area di residenza • Conoscenze, atteggiamenti, fiducia nella capacità di allattare • Stato civile, dimensione della famiglia, sostegno del partner e dei familiari • Stili di vita (fumo, alcol, sostanze, dieta, esercizio fisico) • Peso alla nascita, età gestazionale, parto, stato di salute del neonato • Accesso a modelli positivi ed esperienze positive di allattamento |
| Sistema sanitario | <ul style="list-style-type: none"> • Accesso a cure prenatali e qualità delle stesse • Qualità dell'assistenza al parto ed ospedaliera • Accesso a cure post-natali per la madre ed il bambino e qualità delle stesse • Tipo e qualità del sostegno professionale per la gestione dell'allattamento • Accesso a <i>peer counselling</i> e gruppi di sostegno mamma-a-mamma |
| Politiche di salute pubblica | <ul style="list-style-type: none"> • Livello di priorità e finanziamenti assegnati all'allattamento al seno • Politiche ufficiali, raccomandazioni e piani • Sistemi di sorveglianza e monitoraggio dell'allattamento • Qualità della formazione di base e dell'educazione continua • Sostegno finanziario per le attività dei gruppi mamma-a-mamma • Comunicazione per il cambio sociale e dei comportamenti ed uso dei mezzi di comunicazione per la promozione dell'allattamento |
| Politiche sociali e cultura | <ul style="list-style-type: none"> • Legislazione sul Codice Internazionale e sua osservanza • Legislazione sulla protezione della maternità e sua osservanza • Raffigurazione dell'alimentazione infantile sui mezzi di comunicazione • Ostacoli e barriere per allattare al seno in pubblico • Copertura e livello d'attività dei gruppi di sostegno mamma-a-mamma • Livello di conoscenza e consapevolezza nella comunità |

I determinanti dell'allattamento sono stati catalogati anche nella seguente maniera:⁴²

- Caratteristiche demografiche, sociali ed economiche della madre e della famiglia
- Sostegno strutturale e sociale
- Stato di salute e di rischio della madre e del lattante
- Conoscenze, competenze e attitudini della madre

- Aspetti del regime e delle pratiche alimentari
- Organizzazione dei servizi sanitari, delle politiche e delle pratiche
- Fattori culturali, sociali, economici, commerciali e ambientali.

IV. La revisione degli interventi efficaci^h

Gli interventi per la protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno dovrebbero essere idealmente basati, come qualsiasi altro intervento di salute pubblica, su prove d'efficacia. La revisione degli interventi portata a termine dal progetto iniziale ha preso in considerazione, oltre agli studi controllati, resoconti d'esperienze con esito positivo.³⁵ Il progetto riconosce che molti aspetti della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, in particolare quelli non associati specificamente all'assistenza sanitaria, non sono riconducibili alla rigorosa valutazione di efficacia implicita nel concetto di medicina delle prove d'efficacia. Gli interventi sono stati categorizzati sotto politiche e piani; comunicazione per il cambio sociale e dei comportamenti; formazione; e protezione, promozione e sostegno. In ogni categoria gli interventi sono stati classificati in base alla qualità delle prove d'efficacia.

La revisione ha portato alle seguenti conclusioni riguardanti gli interventi efficaci:

- La combinazione di molti interventi e strategie di provata efficacia in programmi a più elementi integrati sembra avere un effetto sinergico.
- Gli interventi a più elementi sono particolarmente efficaci quando mirano nello stesso tempo ai tassi di inizio ed a quelli di esclusività e durata, usando campagne di massa, programmi di educazione sanitaria adattati alle circostanze locali, formazione integrale degli operatori sanitari, ed i necessari cambiamenti nelle politiche nazionali, regionali ed ospedaliere.
- L'efficacia degli interventi a più elementi aumenta quando si includono programmi di *peer counselling*, soprattutto in relazione all'esclusività ed alla durata dell'allattamento al seno.
- Gli interventi che abbracciano il periodo pre- e post-natale, compresi i giorni critici che precedono e seguono immediatamente il parto, sembrano più efficaci degli interventi focalizzati su un singolo periodo. La BFHI è un esempio di intervento di provata efficacia di questo tipo, e la sua estesa applicazione è fortemente raccomandata.
- Gli interventi nel settore sanitario sono efficaci soprattutto quando vi è un approccio combinato che comprenda la formazione del personale, la designazione di un esperto o consulente nella gestione dell'allattamento al seno, l'elaborazione di informazioni scritte per il personale e gli utenti, ed il rooming-in.
- L'impatto degli interventi di educazione sanitaria alle madri sull'inizio e la durata dell'allattamento al seno è significativo solo quando le pratiche reali sono compatibili con ciò che s'insegna.
- Fornire informazioni sull'allattamento al seno a futuri genitori o neo mamme, senza o con poca interazione faccia-a-faccia (cioè solo con foglietti, opuscoli o chiamate telefoniche), è meno efficace che fornire informazioni con prolungati contatti faccia-a-faccia. Il mero uso di materiale stampato è il meno efficace degli interventi.
- L'efficacia di un programma che estenda la BFHI oltre la maternità per includere i servizi territoriali e/o i reparti pediatrici, come si fa attualmente in alcuni paesi, non è stata ancora valutata. Tuttavia, questi programmi sono basati su una combinazione di iniziative che prese singolarmente sono di provata efficacia.
- L'emanazione e l'applicazione di leggi, codici, direttive, politiche e raccomandazioni a

^h http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a2_18_en.pdf

vari livelli (nazionale, regionale) ed in diverse situazioni (posto di lavoro, ospedale, comunità) costituiscono interventi importanti; è tuttavia difficile, attualmente, raccogliere solide prove d'efficacia (pochi studi, principalmente all'interno di interventi a più elementi).

- Gli interventi sul posto di lavoro sono particolarmente efficaci quando le madri hanno la possibilità di optare per un lavoro a part-time ed hanno un lavoro garantito, assieme a facilitazioni per allattare. Questi provvedimenti, imposti per legge o conseguenti a politiche per un ambiente di lavoro favorevole all'allattamento, comprendono pause pagate per allattare o spremere il latte, con adatte strutture fornite dal datore di lavoro.

Dopo aver portato a termine la revisione sopra menzionata, altre revisioni e guide per l'implementazione sono state pubblicate.⁴³⁻⁴⁶ In generale queste revisioni aggiornate confermano i risultati della revisione fatta all'interno del progetto del Programma d'Azione.

La decisione di attuare una serie di interventi deve prendere in considerazione fattibilità e costi, in aggiunta all'efficacia. Fattibilità e costi variano da paese a paese ed all'interno dei paesi, perché dipendono dalle condizioni economiche, sociali e culturali locali. L'impegno politico è più importante dei problemi connessi a fattibilità e costi per il successo degli interventi in favore dell'allattamento al seno. In una situazione ideale, dove il costo non è il determinante principale, un intervento di salute pubblica con un costo maggiore potrebbe essere considerato più fattibile, per economie di scala, e più favorevole in termini di costo/beneficio. Alcuni interventi e strategie potrebbero essere raccomandati anche senza solide prove d'efficacia; ciò vale in particolare per le leggi e le politiche generali che non sono riconducibili a rigorosa valutazione scientifica. Tuttavia, l'esperienza e l'opinione di esperti mostrano che queste iniziative portano benefici a lungo termine per quanto riguarda il numero di madri che allattano al seno con successo.

Infine, un programma per la protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno non è una semplice lista di interventi separati tra loro. Il programma comprende di solito più elementi interdipendenti ed integrati per ottimizzare il loro effetto combinato e complessivo. L'effetto dipenderà inoltre dalla continuità, dato che un cambiamento dei comportamenti di madri, famiglie ed operatori sanitari, e della cultura di una determinata società, presuppone che interventi e programmi siano sostenuti per un tempo sufficientemente lungo.

V. Il Programma d’Azione

1. Politiche e piani, gestione e finanziamento

Analizzare la situazione

Il processo per lo sviluppo di politiche e piani, sia per lo sviluppo di nuovi piani che per la revisione dei vecchi, ha generalmente inizio con un’analisi della situazione. I partecipanti del progetto pilota hanno trovato utile l’applicazione di un’idea originata in Scozia che implicava l’uso del Programma d’Azione come una guida o una check-list con appositi spazi per commenti, al fine di identificare il numero di obiettivi raccomandati già raggiunti in maniera parziale o totale, così come per elencare gli obiettivi non ancora raggiunti ([Allegato 7](#)).

Sviluppare una [politica](#)

Una politica è una serie di dichiarazioni che definiscono le azioni che un’autorità pubblica locale o nazionale decide di mettere in atto per affrontare questioni di salute pubblica, come ad esempio il raggiungimento di un’alimentazione ottimale dei lattanti e dei bambini. Alcuni paesi hanno già la propria politica, altri potrebbero non averne ancora una propria, o aver bisogno di rivedere una politica esistente, mentre mettono a punto il proprio piano d’azione. [L’Allegato 8](#) presenta un modello di politica. I diversi paesi devono ovviamente adattare questo modello ai loro contesti specifici. Una volta adottate, le politiche devono essere comunicate a tutti i professionisti della salute e ai loro collaboratori che si prendono cura delle madri, dei lattanti e dei bambini. Una politica dovrebbe essere generalmente rivista ogni 3-5 anni o prima, se nuove evidenze lo richiedono. Il monitoraggio dell’implementazione è essenziale.

Emanare linee guida pratiche

Le linee guida pratiche sono necessarie per mettere in pratica le dichiarazioni e gli intenti espressi nella politica. Anche qui alcuni paesi potrebbero già avere le loro linee guida pratiche, mentre altri dovranno cominciare dal nulla o rivedere le loro attuali linee guida. Per questo scopo, i partecipanti al progetto pilota hanno ritenuto valide le raccomandazioni standard sviluppate dal progetto finanziato dall’Unione Europea EUNUTNET.³⁷ⁱ Come tutti i documenti di questo genere, le raccomandazioni devono essere adattate localmente, in aggiunta ad un aggiornamento regolare basato sulle evidenze reperibili. Inutile aggiungere che le linee guida pratiche dovrebbero essere sviluppate in collaborazione con tutte le associazioni professionali che si occupano di alimentazione dei lattanti e dei bambini.

[Pianificare](#)

I piani nazionali e regionali che affrontano l’efficace protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno dovrebbero essere sviluppati basandosi sulla Strategia Globale e sulla “Guida alla pianificazione per la messa in atto a livello nazionale della Strategia Globale per l’Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini”.^j Tutti i piani riguardanti l’allattamento al seno dovrebbero essere integrati nelle politiche e nei piani sanitari generali, con particolare attenzione ai bisogni delle comunità socialmente svantaggiate.

ⁱ Queste raccomandazioni sono disponibili sul sito http://www.burlo.trieste.it/?M_Id=5/M_Type=LEV2 ed anche su quello dell’ILCA ilca.org/liasion/Infant-and-YoungChildFeeding/EUPolicy06English.pdf. Il documento è stato tradotto in altre lingue dell’UE.

^j http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/Planning_guide.htm

Identificare le priorità

In un piano, la lista degli obiettivi da raggiungere può essere breve o lunga. Se tutti gli obiettivi possono essere inclusi in un piano a lungo termine, difficilmente possono esserlo in uno a breve termine; di qui la necessità di identificare delle priorità. Com'è stato dimostrato dai paesi in cui il Programma d'Azione è stato pilotato, l'identificazione delle priorità avrà risultati diversi in funzione delle situazioni e delle risorse locali. È impossibile determinare quale procedimento usare per determinare le priorità. Alcuni principi tuttavia possono essere definiti:

1. Identificare e coinvolgere tutti i portatori d'interesse, tenendo a mente le modalità per evitare e gestire eventuali conflitti di interesse;
2. Condividere con i portatori d'interesse la lista di tutti i possibili obiettivi da includere nel piano;
3. Raggiungere il consenso fra tutti i portatori d'interesse sui criteri per definire le priorità. Per esempio:
 - Dimensione e frequenza del problema (numero delle persone colpite);
 - Gravità (numero di persone che patiscono conseguenze gravi);
 - Probabilità di successo o di ottenere risultati positivi (efficacia dell'intervento);
 - Gradimento (o interesse) da parte di politici, amministratori, professionisti, pubblico;
 - Equità (ovvero probabilità che un obiettivo raggiunto diminuisca le disuguaglianze)
 - Fattibilità e costi, date le risorse disponibili.
4. Decidere quale sistema di misura e quale peso sarà dato ad ogni criterio concordato;
5. Raccogliere le informazioni necessarie a stabilire una graduatoria degli obiettivi basandosi sui criteri concordati,
6. Diffondere le informazione a tutti i portatori d'interesse;
7. Stabilire una tempistica ed un termine per il feedback e per prendere le decisioni;
8. Raccogliere dai portatori d'interesse i punteggi e la graduatoria per la lista concordata di possibili obiettivi;
9. Raggiungere un consenso sul numero realistico di obiettivi da includere nel piano;
10. Elencare gli obiettivi selezionati e verificare che vi sia il consenso.

Definire gli obiettivi e scrivere il piano

Gli obiettivi prioritari identificati nel passaggio precedente devono essere tradotti in attività e obiettivi operativi specifici. A questo proposito per ogni obiettivo:

- dev'essere stabilita una scadenza temporale;
- devono essere chiaramente identificati prodotti e risultati misurabili;
- dev'essere nominata una persona responsabile e referente per l'attuazione;
- dev'essere raggiunto un accordo sul metodo di attuazione;
- devono essere identificate le risorse necessarie all'attuazione.

Alcuni obiettivi potrebbero includere due o più obiettivi secondari; anche questi devono essere tradotti in attività e obiettivi operativi. Le tavole operative della [sezione VI](#) possono essere usate come guida per identificare persone e/o istituzioni che possono essere ritenute responsabili per i diversi obiettivi, in virtù del loro ruolo o in seguito ad un accordo fra tutti coloro che sono coinvolti.

Gli obiettivi primari e secondari devono indicare nel modo più specifico possibile i prodotti e i risultati desiderati, includendo le tempistiche. Se siano da aggiungere delle mete da raggiungere periodicamente, è una questione ancora aperta alla discussione. In molte

situazioni queste mete sono usate per compensare ed incoraggiare le persone, più raramente per punirle. Quest'ultimo uso dev'essere evitato, mentre il primo può avere degli effetti benefici⁴⁷ e può essere auspicabile soprattutto per operatori sanitari con salari bassi. Obiettivi e risultati dovrebbero comunque essere usati esclusivamente come mezzi, mai come fine.

Pianificare per obiettivi non è una scienza esatta e non bisogna mai considerare un obiettivo come imm modificabile. Potrebbe, infatti, essere stato scelto fin dall'inizio in maniera errata, o essere stato sviluppato e/o attuato incorrettamente, oppure la situazione potrebbe essere cambiata in seguito a fattori intrinseci o estrinseci, rendendo l'obiettivo inappropriato o obsoleto. Pianificatori ed amministratori devono essere pronti a rivedere e ridefinire opportunamente gli obiettivi, le azioni e le attività. Da questo l'importanza di una buona gestione e di un buon monitoraggio.

Gestione e finanziamento

La gestione può essere definita come una serie di attività usate per raggiungere un obiettivo predeterminato. Le principali funzioni della gestione sono:

- Decidere cosa fare, dove e quando, e chi lo deve fare.
- Assicurarsi che tutte le attività siano eseguite dalla persona con le specifiche competenze.
- Assicurare che le risorse necessarie all'implementazione siano disponibili.
- Supervisionare le attività per assicurare che lo svolgimento sia in linea con gli standard definiti.
- Creare e/o sostenere buone relazioni fra le persone che lavorano nella stessa squadra.
- Coordinare le attività svolte dalle diverse persone e squadre per evitare contrasti, sovrapposizioni e per facilitare la comunicazione.
- Analizzare le differenze fra attività pianificate e attività attuate, e ripianificare.
- Assicurare che l'informazione necessaria al monitoraggio sia raccolta ed analizzata in modo regolare.

Un buon amministratore (per esempio, il coordinatore nazionale o locale delle attività per la promozione dell'allattamento al seno) dev'essere sempre consapevole del fatto che le risorse materiali, incluso il denaro, sono rinnovabili. Ma ci sono due tipi di risorse che non si possono rinnovare: il tempo e le persone. Sono queste le risorse che necessitano di un'attenzione speciale, in particolare le seconde, in quanto soltanto le persone fanno accadere le cose. Le capacità che un amministratore dovrebbe avere e/o sviluppare sono le capacità di negoziare, cioè di ottimizzare il coinvolgimento di tutti gli attori e le persone interessate alla realizzazione delle attività.

Amministrare persone è molto più complesso che amministrare cose. Lavorare in maniera efficiente e con salari stabili non è sufficiente a mantenere le persone soddisfatte. Il lavoro dev'essere interessante e stimolante. L'ambiente lavorativo e i rapporti fra colleghi e con gli utenti dev'essere cortese, se non piacevole. Al fine di ottenere tali condizioni è importante:

- Condividere gli obiettivi.
- Facilitare buone relazioni interpersonali.
- Delegare e distribuire compiti, incluse autorità e responsabilità.
- Coordinare le attività con appropriati canali di comunicazione.
- Sostenere le persone nella soluzione di eventuali problemi personali.
- Risolvere le incomprensioni fra colleghi.
- Fornire occasioni di formazione ed aggiornamento.

Tenendo in considerazione la grande importanza, in termini di salute pubblica, della necessità di migliorare i tassi di allattamento al seno in tutta l'Europa, governi ed istituzioni comunitarie dovrebbero fare investimenti importanti per garantire che il sistema sanitario e le organizzazioni non governative che si impegnano nel sostegno dell'allattamento al seno abbiano le risorse necessarie per ottenere un aumento nei tassi di inizio, esclusività e durata dell'allattamento.

Tutte le attività (pianificazione, implementazione e monitoraggio) dovrebbero svolgersi nel rispetto del [Codice Internazionale](#) e con gli obblighi e le responsabilità elencate nella [Strategia Globale](#) e nella [Dichiarazione degli Innocenti del 2005](#).

Monitoraggio di un piano d'azione

Il termine valutazione si riferisce al raggiungimento di uno o più obiettivi; il termine monitoraggio alla valutazione continua o periodica delle attività svolte, al fine di raggiungere un determinato obiettivo. Il monitoraggio, quindi, non si occupa dell'efficacia o del risultato; ma si occupa dei processi (anche se si potrebbe dire che molti processi sono i risultati di altri processi). In un certo modo il monitoraggio si occupa anche dell'efficienza e dell'uso appropriato delle risorse.

Monitorare significa osservare:

- La disponibilità, il consumo e l'uso di risorse, incluso il denaro.
- La quantità e la qualità delle attività svolte.
- Il calendario delle attività.

Registri, inventari, libri mastro, tabelle dei turni, orari, standard e liste di controllo, oggi spesso disponibili in formato elettronico, sono gli strumenti che un amministratore userà per le sue funzioni di monitoraggio. Ogni paese e regione, e spesso ogni singola istituzione, ha il proprio pacchetto di strumenti.

Il monitoraggio può essere continuo o periodico, dipendendo dalle attività che devono essere monitorate. La periodicità dev'essere stabilita caso per caso. Un ciclo di monitoraggio dev'essere completato con dei brevi rapporti. Se il monitoraggio deve portare ad un miglior rendimento e ad una maggiore probabilità di raggiungere gli obiettivi, è molto importante condividere i rapporti con tutti i membri del gruppo. I rapporti devono anche essere condivisi con amministratori e politici al livello immediatamente superiore e, quando possibile, anche con gli utenti ed i loro rappresentanti.

2. Comunicazione per il cambiamento sociale e dei comportamenti

Appropriate attività di CCSC sono essenziali per ripristinare una cultura dell'allattamento al seno in popolazioni nelle quali l'alimentazione artificiale è stata considerata la norma per molti anni o generazioni. Allattare al seno è il modo naturale di nutrire e far crescere i lattanti ed i bambini, e così dovrebbe sempre essere raffigurato, presentando in tutti i messaggi scritti e visuali l'allattamento al seno esclusivo fino ai sei mesi e l'allattamento continuato fino ai due anni e oltre come ottenibili ed auspicabili. I messaggi di CCSC per individui e per la comunità devono essere coerenti con le politiche, le raccomandazioni e le leggi, oltre che con le pratiche dei servizi sanitari e sociali.

CCSC per singole donne e le loro famiglie

Le neo-mamme e le donne in attesa hanno il diritto di ricevere informazioni sull'allattamento al seno complete, corrette ed indipendenti da interessi commerciali, comprese indicazioni sull'introduzione sicura e tempestiva di appropriati alimenti complementari, così da poter prendere decisioni consapevoli. Consulenze faccia-a-faccia devono essere fornite da personale sanitario adeguatamente qualificato, peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma. Familiari e parenti, ad esempio il padre del bambino o compagno della madre, o i nonni, dovrebbero essere coinvolti nelle consulenze. I bisogni particolari delle donne che hanno meno probabilità di allattare (ad esempio, donne immigrate, madri adolescenti o che vivono da sole, donne povere o con basso grado di istruzione) devono essere identificati ed i loro bisogni specifici di informazioni e competenze adeguatamente affrontati.

La distribuzione di materiali sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini forniti dai produttori e dai distributori di prodotti che rientrano nel campo d'applicazione del [Codice Internazionale](#) e che non siano stati approvati dalle autorità governative competenti, dev'essere evitata per ovvie questioni di conflitto di interessi. Le madri che usano latte artificiale in polvere devono essere informate del fatto che questo non è un prodotto sterile e che sono necessarie delle precauzioni speciali per la sua preparazione, manipolazione e conservazione.⁴⁸

CCSC per le comunità

Può essere utile nella CCSC per la comunità, ed in alcune circostanze anche per le singole donne e le loro famiglie, includere informazioni sul perché l'analisi del latte materno possa essere usata per valutare i livelli di inquinamento ambientale. Quando queste ricerche sono condotte, l'obiettivo è fornire delle basi per interventi alla fonte, al fine di ridurre i livelli di inquinanti organici persistenti presenti nel latte materno, in una maniera che sia coerente con la promozione dello stesso come alimento naturale per il lattante.^k Nel protocollo aggiornato al 2007 per la 4^a inchiesta coordinata dall'OMS sugli inquinanti organici persistenti nel latte materno, l'OMS, in cooperazione con il Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente, afferma: "L'OMS può ora affermare con certezza che l'allattamento al seno riduce la mortalità dei bambini e produce benefici per la salute fino in età adulta. Come misura di salute pubblica, l'allattamento esclusivo per sei mesi è raccomandato per la vasta maggioranza dei lattanti, seguito da un allattamento continuato con appropriati e tempestivi alimenti complementari fino ai due anni ed oltre."^l

La disponibilità, gli standard e l'efficacia di materiali e attività CCSC dovrebbero essere verificati e valutati regolarmente. Si dovrebbe analizzare la caratterizzazione dei mezzi di comunicazione dell'alimentazione dei lattanti e dei bambini, per incoraggiare i media stessi a descrivere e promuovere l'allattamento al seno come normale, auspicabile e desiderabile. Le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti della collettività sull'allattamento al seno dovrebbero essere periodicamente analizzati allo stesso modo, per un approccio più informato ed efficace alla protezione, promozione e sostegno dello stesso.

^k <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

^l <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPtechnicalnote.pdf>

3. Formazione

Formazione di base

In generale sia la formazione di base che la formazione continua sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini per tutti i gruppi di operatori sanitari, inclusi i farmacisti, ha bisogno di essere migliorata. I contenuti dei programmi per i corsi di laurea e post laurea (inclusi i materiali prescritti e i libri di testo), così come gli standard educativi, dovrebbero essere aggiornati e/o sviluppati per assicurare che i livelli di competenza ottenuti siano in linea con gli standard delle migliori pratiche per l'allattamento al seno e la sua gestione. Una strategia che miri a migliorare le competenze per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno durante la formazione di base dei futuri operatori sanitari avrebbe come effetto a lungo termine il miglioramento della qualità del loro lavoro e ridurrebbe quindi le spese per la formazione continua.

Formazione continua

Il bisogno di formazione continua potrebbe diminuire nel tempo, ma a causa della ricerca e dell'acquisizione di nuove conoscenze continuerà ad esserci il bisogno di regolari aggiornamenti. In questo momento i modelli di corso dell'OMS/UNICEF sono in linea con i migliori standard sulla formazione continua e si sono dimostrati efficaci.⁴⁹⁻⁵¹ Ulteriori miglioramenti potrebbero essere ottenuti con l'uso di una formazione orientata ai procedimenti, mirata a cambiare gli atteggiamenti del personale sanitario relativi al counselling ed alla continuità delle cure.^{52,53}

Dovrebbe essere prioritario assicurare che tutti gli operatori sanitari che lavorano in prima linea nei servizi per la maternità e per l'assistenza ai bambini siano in grado di seguire una formazione efficace per l'acquisizione di conoscenze e competenze sull'allattamento al seno. La formazione dovrebbe coprire in maniera adeguata i migliori standard pratici e dovrebbe includere a questo scopo una sufficiente pratica clinica. Dovrebbe anche affrontare i rischi dell'alimentazione con latte artificiale e le misure di sicurezza necessarie per assicurare la riduzione di tali rischi, in particolare quando sono usati latti in polvere.^{48m}

Produttori e distributori di prodotti nell'ambito di applicazione del [Codice Internazionale](#) non dovrebbero essere coinvolti nella fornitura di materiali e nella formazione, e non dovrebbe essere loro permesso di sponsorizzare o finanziare in altro modo la formazione degli operatori né a livello istituzionale né a livello individuale.⁵⁴ Il monitoraggio dell'efficacia e della disponibilità di corsi dovrebbe guidare l'offerta educativa e di formazione riguardante l'allattamento al seno.

Gli operatori sanitari dei servizi chiave dovrebbero essere incoraggiati e sostenuti a seguire corsi di formazione avanzata sulla gestione dell'allattamento, con standard in linea con le migliori pratiche internazionali. Lo scambio via internet fra specialisti dell'allattamento dovrebbe essere favorito per aumentare e diffondere conoscenze e competenze.

^m <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/>

4. Protezione, promozione e sostegno

Strategia Globale per l’Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini

La promozione dell’allattamento al seno come modo naturale e normale di alimentazione dei lattanti e dei bambini dovrebbe essere il cuore di tutte le politiche e raccomandazioni nazionali e regionali, basate sulla [Strategia Globale](#) e riaffermate dalla [Dichiarazione degli Innocenti del 2005](#). La disseminazione di tali politiche fra tutti i gruppi di operatori sanitari, negli ambiti accademici di formazione sanitaria, tra le ONG ed il pubblico generale, assieme a un piano d’azione per la messa in pratica delle stesse, assicurerà un ampio consenso e farà aumentare le probabilità di successo.

L’approccio alla promozione dell’allattamento al seno al di fuori del settore sanitario dovrà essere definito in base alla prevalenza dell’allattamento e dei risultati di ricerche sugli atteggiamenti e i comportamenti relativi all’alimentazione dei bambini a livello regionale e nazionale. Per esempio, se risultasse da ricerche culturalmente appropriate che la maggior parte delle persone formano la loro opinione sull’alimentazione infantile molto prima di decidere di diventare genitori, la diffusione di informazioni per la promozione dell’allattamento dovrebbe essere introdotta per tempo, quando tali opinioni si stanno formando. Campagne promozionali di massa, e come parte di programmi di educazione alla salute nella scuola, possono essere d’aiuto nell’affrontare tali tematiche. Campagne multimediali sofisticate possono affrontare i miti attorno all’alimentazione infantile e abbattere le barriere, favorendo l’accettazione e il sostegno dell’allattamento al seno. Interventi per la promozione dell’allattamento al seno, che abbiano come target il settore sanitario, i bambini a scuola o tutta la collettività, devono essere valutate in base a criteri di costo-efficacia.

Il Codice Internazionale

L’integrazione del Codice Internazionale nella legislazione nazionale, assieme a meccanismi per verificarne il rispetto e per sanzionarne le violazioni, è un requisito essenziale per la protezione dell’allattamento al seno dalle pratiche di marketing aggressive. Le politiche sull’allattamento al seno a livello nazionale e locale dovrebbero assicurare che gli operatori e i fornitori di servizi sanitari siano ben informati riguardo alle loro responsabilità nei confronti del Codice Internazionale, e si comportino di conseguenza.

Un codice di etica professionale, che copra le responsabilità dei servizi sanitari e dei singoli operatori nel proteggere l’allattamento al seno, dovrebbe essere sviluppato per affrontare il problema del conflitto di interesse legato all’accettazione di sponsorizzazioni e finanziamenti per corsi, materiali educativi, ricerca, conferenze e omaggi, e per mettere in luce come tali pratiche possano danneggiare l’allattamento al seno.

Informazioni sugli scopi e le disposizioni del Codice Internazionale, assieme a metodi per verificarne il rispetto e segnalarne le violazioni, dovrebbero essere a disposizione anche del pubblico in generale.

Gli schemi esistenti per la distribuzione gratuita di latte artificiale, in particolare per gruppi di popolazione svantaggiati, dovrebbero essere aboliti e sostituiti da programmi per il sostegno dell’allattamento al seno. I genitori di lattanti e bambini alimentati con latte in polvere dovrebbero essere messi in guardia, attraverso appropriati messaggi sulle confezioni, sul fatto che questi prodotti non sono sterili e devono essere preparati in maniera sicura.⁵⁴

Legislazione per madri lavoratrici

Ritornare al lavoro fuori casa è un'altra delle barriere all'inizio e al proseguimento dell'allattamento al seno. Le leggi nazionali sulla maternità dovrebbero affrontare tali ostacoli sia estendendo la copertura (per esempio, includendo lavoratrici part-time, lavoratrici occasionali, studenti) e la durata di astensione dal lavoro, sia attraverso permessi per allattare che diano la possibilità alle donne lavoratrici di ottenere tassi ottimali di durata dell'allattamento in linea con le raccomandazioni. Dovrebbe esserci un'ampia distribuzione delle informazioni riguardanti i diritti sanciti dalle leggi per la protezione della maternità e la sicurezza sul lavoro, basati sui requisiti minimi stabiliti dalla Convenzione per la Protezione della [Maternità n. 183 dell'OIL](#). Ad ogni modo, la protezione dell'allattamento al seno fra le madri lavoratrici va al di là della legislazione e coinvolge aspetti quali la capacità di spremere, conservare e somministrare il latte, il sostegno da parte dei partner e delle famiglie, ed atteggiamenti positivi in tutti i settori della società.

Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini (BFHI)

Un sostegno efficace all'interno del settore sanitario richiede l'impegno a stabilire standard di miglioramento in tutte le istituzioni e i servizi per la salute materno infantile. La [BFHI](#) è attualmente considerata il migliore modello in questo senso.ⁿ Le risorse necessarie (monetarie e di personale/tempo), così come il sostegno tecnico per la formazione, la valutazione e la rivalutazione degli ospedali che partecipano alla BFHI, dovrebbero essere garantite anno per anno. Tutti gli ospedali materno infantili dovrebbero essere sostenuti ed incoraggiati a diventare Amici dei Bambini, e a quelli che non fanno ancora parte della BFHI si dovrebbe comunque richiedere di mettano in atto i 10 Passi, dato che sono attualmente considerati la migliore pratica. Ottenere la designazione di Amico del Bambino dovrebbe essere incluso nel sistema di accreditamento della qualità dei servizi e nelle linee guida riconosciute a livello nazionale.

In molti paesi le madri sono dimesse dall'ospedale dopo un paio di giorni, prima che l'allattamento sia ben avviato. Per questo motivo, alcuni paesi hanno adottato la BFHI anche nel contesto dei servizi sanitari di base. Il Passo 10 dovrebbe essere messo in pratica, ma potrebbe non essere sufficiente a garantire sostegno di alta qualità all'allattamento al seno in tutti i servizi di salute, compresi quelli privati o forniti da volontari. Ciò può essere ottenuto migliorando la cooperazione fra ospedali, e altri servizi sociali e di salute, e gruppi di sostegno alla pari, mamma-a-mamma, così come estendendo il campo di azione di tali servizi. Adattare la BFHI a contesti sanitari diversi dalle maternità (per esempio, servizi sociali e di comunità, reparti pediatrici, farmacie e posti di lavoro) potrà allargare e migliorare la coerenza e la qualità del sostegno all'allattamento al seno.

La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno sono facilitati dall'uso di pratiche di parto che rispettino la normale fisiologia, riducendo al minimo gli interventi medici, inclusa l'analgesia durante il travaglio di parto.⁵⁵ Iniziative diverse da quelle basate sulla BFHI possono sostenere le migliori pratiche, ma devono essere valutate in termini di efficacia.

ⁿ Il nuovo materiale di formazione della BFHI include una sezione sulle pratiche di parto rispettose delle madri, con allegato uno strumento per la valutazione.

Sostegno da parte di personale sanitario formato

Mentre la protezione e la promozione dell'allattamento al seno sono fondamentali per le politiche, è importante che un impegno uguale o maggiore sia impiegato nello sviluppo di servizi per assicurare che ogni madre che intenda allattare abbia un accesso diretto al sostegno di cui ha bisogno per raggiungere il suo obiettivo e per allattare il più a lungo possibile, o comunque fino a quando lo desidera. Inoltre, se si dà rilievo alla protezione e alla promozione dell'allattamento, si deve garantire anche che vi siano servizi di sostegno, finanziati in maniera opportuna ed etica, funzionanti e facilmente accessibili, per affrontare l'atteso aumento della domanda.

Sostegno efficace a livello individuale significa che tutte le donne dovrebbero aver accesso a servizi di sostegno all'alimentazione dei lattanti e dei bambini. Questi servizi includono assistenza da parte di personale sanitario qualificato e consulenti per l'allattamento, peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma. Peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma giocano un ruolo importante. Questo ruolo, però, è ulteriormente facilitato quando le strutture sanitarie, le procedure di routine, in particolare per le cure prenatali, materne, neonatali e pediatriche, compresi i bilanci di salute e i servizi responsabili per il follow-up dopo le dimissioni, considerano l'allattamento al seno come prioritario e sono organizzati per essere Amici dei Bambini.

Tutte le donne dovrebbero aver accesso a un sostegno efficace. Donne con particolari difficoltà nell'allattamento dovrebbero avere accesso diretto ad un aiuto competente e al sostegno da parte di consulenti in allattamento adeguatamente qualificati, o da parte di personale sanitario con equivalente livello di esperienza. Le donne che interrompono l'allattamento al seno prima di quanto avessero desiderato o programmato dovrebbero essere incoraggiate e assistite nell'analizzare le cause dell'accaduto, per ridurre sentimenti di perdita e sconfitta ed assicurare che queste esperienze non influenzino negativamente future esperienze di alimentazione di un lattante.

È necessario dare un sostegno spesso decisivo alle necessità specifiche delle madri di lattanti malati o prematuri, per assicurare che la loro produzione del latte sia mantenuta e che siano in grado di fornire sufficiente latte materno spremuto (oltre ad informazioni su come maneggiarlo e conservarlo in maniera sicura), finché i loro bambini non sono in grado o sono troppo malati per essere allattati direttamente al seno. Questo sostegno dovrebbe includere la disponibilità di estrattori per il latte materno ed assistenza per il viaggio e l'alloggio, per assicurare che possano stare vicino o con i loro bambini il più possibile. È auspicabile che questi criteri possano essere la base per lo sviluppo di BFHI per i reparti di neonatologia.

Il latte materno donato è un'alternativa migliore al latte materno del latte artificiale, e l'accesso a scorte di latte materno donato sicuro dovrebbe essere disponibile quando necessario. Nel dare sostegno a donne che decidono di non allattare è importante informarle che il latte in polvere non è un prodotto sterile e che come tale è associato ad un rischio. Informazioni su come minimizzare questo ed altri rischi dovrebbero essere date in base a valutazioni e linee guida sviluppate dall'OMS.^{48,56}

Inchieste sul livello di soddisfazione dei pazienti dovrebbero essere effettuate regolarmente per verificare l'efficacia dei servizi di sostegno nel venire incontro alle necessità delle madri. Queste inchieste dovrebbero includere madri che decidono di non allattare, per assicurare che la loro scelta sia rispettata e riceva un adeguato sostegno.

Tutte le madri dovrebbero ricevere informazioni appropriate su cosa, quando e come introdurre alimenti complementari per adattarsi all'evolversi dei bisogni nutrizionali dei loro figli, e su come continuare ad allattare mentre procedono all'alimentazione complementare.

Le donne gravide HIV positive dovrebbero ricevere informazioni basate su evidenze scientifiche e non di parte sull'alimentazione dei lattanti, sul il rischio di trasmissione dell'HIV e sulle opzioni disponibili. La loro decisione per l'alimentazione del lattante dev'essere rispettata e sostenuta. Ulteriori informazioni riguardanti le opzioni per l'alimentazione dei lattanti di donne sieropositive sono disponibile nel più recente documento di consenso dell'OMS.^{57o}

Sostegno da parte di peer counsellors formate e di gruppi mamma-a-mamma

La disponibilità di servizi di sostegno offerti da peer counsellors con formazione specifica e da gruppi di sostegno mamma-a-mamma dovrebbe essere sorretta ed estesa per assicurare che tutte le donne abbiano un accesso diretto, particolarmente in comunità dove i tassi di allattamento al seno sono bassi. I programmi (contenuti, metodi, materiali e tempi) dei corsi di formazione delle peer counsellors e dei gruppi di sostegno mamma-a-mamma dovrebbero essere sviluppati o rivisti, ed adeguatamente rinforzati. Il ruolo delle peer counsellors e dei gruppi di sostegno mamma-a-mamma può essere ampliato rafforzando la collaborazione e la comunicazione con gli operatori sanitari dell'area di riferimento.

Sostegno all'interno delle famiglie, nella comunità e nei posti di lavoro

Sono da incoraggiare progetti di collaborazione tra i servizi pubblici e quelli legati al volontariato che offrono sia sostegno specifico che alla pari a famiglie dove si allatta e alle loro reti sociali. È fondamentale sostenere e proteggere il diritto delle donne ad allattare al seno i loro bambini quando e dove ce ne sia la necessità. Dovrebbero essere incoraggiate tutte le iniziative locali e nazionali che promuovano l'accettazione sociale dell'allattamento al seno fuori casa. Se necessario, i governi dovrebbero essere spinti a promulgare leggi che proteggano il diritto delle madri ad allattare in pubblico. Tutte queste iniziative dovrebbero affrontare in maniera specifica i bisogni delle donne che hanno meno probabilità di allattare, come le primipare, le immigrate, le adolescenti, le madri che vivono da sole, le donne con livelli di istruzione più bassi e le loro famiglie.

5. Monitoraggio

Procedure di monitoraggio e valutazione dovrebbero essere al centro nell'attuazione di un piano d'azione. I risultati dell'attività di monitoraggio e valutazione dovrebbero ovviamente essere usati per ripianificare. Per assicurare la comparabilità, il monitoraggio dei tassi di inizio, esclusività e durata dell'allattamento al seno dovrebbe essere attuato usando definizioni e metodi standard, universalmente riconosciuti, di raccolta dei dati. La Tabella 1 mostra le definizioni raccomandate nel 1991 dall'OMS per inchieste a campione trasversali.^{58,59} Dato che queste categorie dell'OMS non permettono distinzioni sottili, i sistemi di monitoraggio o le inchieste locali/regionali potrebbero ritenere opportuno l'uso di categorie aggiuntive, che devono essere definite con chiarezza per rispecchiare più accuratamente la situazione. Ad ogni modo, ai fini di una migliore comparabilità internazionale, è essenziale che si raggiunga un accordo sull'applicazione delle categorie dell'OMS ad un gruppo minimo di indicatori.

^o www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/consensus_statement.pdf

I dati su queste categorie di alimentazione possono essere raccolti a qualsiasi età. Per esempio, i dati possono essere raccolti 48-72 ore dopo la nascita (con richiamo dalla nascita), che il parto avvenga in ospedale o a casa, e a circa 3, 6, 12 e 24 mesi (con richiamo di 24 ore; si considera difficile per le madri ricordare accuratamente la dieta dei loro bambini per periodi di tempo più lunghi). La raccolta di dati sull'alimentazione dovrebbe essere inclusa nei sistemi esistenti di raccolta dati sulla salute dei bambini.

La raccolta dei dati può essere realizzata su tutta la popolazione, ossia incorporata nei sistemi nazionali o regionali esistenti per il monitoraggio della salute e dell'assistenza materno infantile. Può anche essere realizzata mediante inchieste a campione ad intervalli regolari. In questi ultimi casi, il campione dev'essere rappresentativo della popolazione studiata, e la sua dimensione dev'essere calcolata in modo tale da permettere comparazioni tra sottogruppi della popolazione stessa e con i risultati di inchieste successive.

Tabella 1. Definizioni dell'allattamento al seno raccomandate dall'OMS.

| Categoria di alimentazione del lattante ¹ | Richiede che il lattante riceva: | Permette che il lattante riceva: | Non permette che il lattante riceva: |
|--|---|--|---|
| Allattamento al seno esclusivo (AE) | Latte materno incluso latte materno spremuto o da una balia | Gocce, sciroppi (vitamine, minerali, medicine) | Qualsiasi altra cosa |
| Allattamento al seno predominante (AP) | Come sopra, come principale fonte di nutrimento | Come sopra, più altri liquidi (acqua, bevande a base d'acqua, succhi di frutta, bevande rituali) | Qualsiasi altra cosa (in particolare latte non umano, bevande a base di alimenti) |
| Allattamento al seno con alimentazione complementare (AC) ² | Latte materno ed alimenti solidi o semi-solidi, o latte non umano | Qualsiasi alimento o bevanda, incluso latte non umano | |
| Non allattamento al seno (NA) | Nessun latte materno | Qualsiasi alimento o bevanda, incluso latte non umano | Latte materno, incluso latte materno spremuto o da una balia |

1. La somma di AE+AP è chiamata allattamento pieno. La somma di AE+AP+AC è chiamata allattamento al seno. La somma di AE+AP+AC+NA in un campione o una popolazione data dev'essere pari al 100% perché queste categorie sono mutuamente esclusive.

2. Questa definizione non fa distinzione fra lattanti e bambini che ricevono, oltre al latte materno, solo latte artificiale, o solo latte non umano, o ancora solo alimenti solidi o semi solidi, o diverse combinazioni o proporzioni di tutti questi; inoltre, non tiene in considerazione la percentuale di latte materno assunto in un periodo di 24 ore rispetto agli altri alimenti.

Nel 2007, l'OMS ha pubblicato un documento di consenso che propone un nuovo set di indicatori per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini per inchieste a campione trasversali.⁶⁰ Questo set include otto indicatori chiave e sette indicatori facoltativi (Tabella 2), con definizioni invariate se comparate con il 1991, eccetto un piccolo dettaglio riguardante le soluzioni di reidratazione orale.

Tabella 2. Set di indicatori per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini proposti dall'OMS.

| Indicatori chiave ¹ | Indicatori facoltativi |
|---|---|
| 1. Inizio tempestivo dell'allattamento: percentuale di bambini nati negli ultimi 23.9 mesi che sono stati attaccati al seno entro la prima ora di vita | 9. Bambini che sono stati allattati al seno almeno una volta: percentuale di bambini nati negli ultimi 23.9 mesi che sono stati allattati al seno almeno una volta |
| 2. Allattamento al seno esclusivo fino a 6 mesi: percentuale di bambini da 0 a 5.9 mesi alimentati esclusivamente con latte materno ² | 10. Allattamento al seno continuato a 2 anni: percentuale di bambini da 20 a 23.9 mesi che ricevono latte materno |
| 3. Allattamento al seno continuato a un anno: percentuale di bambini da 12 a 15.9 mesi alimentati con latte materno | 11. Allattamento adeguato in base all'età: percentuale di bambini da 0 a 23.9 mesi allattati in maniera adeguata per la loro età ⁶ |
| 4. Introduzione di alimenti solidi o semi-solidi: percentuale di lattanti da 6 a 8.9 mesi che ricevono alimenti solidi o semi-solidi | 12. Allattamento al seno predominante sotto i 6 mesi: percentuale di lattanti da 0 a 5.9 mesi allattati al seno in maniera predominante |
| 5. Diversità alimentare minima: percentuale di bambini da 6 a 23.9 mesi che ricevono alimenti di 4 o più categorie alimentari ³ | 13. Durata dell'allattamento al seno: durata mediana dell'allattamento in bambini da 0 a 35.9 mesi di età ⁷ |
| 6. Frequenze di pasti minima: percentuale di bambini da 6 a 23.9 mesi, allattati al seno e non, che ricevono alimenti solidi o semi-solidi (inclusi pasti di latte per bambini che non ricevono latte materno) un numero minimo di volte o più ⁴ | 14. Alimentazione con biberon: percentuale di bambini da 0 a 23.9 mesi alimentati con un biberon |
| 7. Dieta minima accettabile: percentuale di bambini da 6 a 23.9 mesi che ricevono una dieta minima accettabile (al di là del latte materno) ⁵ | 15. Frequenza di pasti con latte in bambini non allattati: percentuale di bambini da 6 a 23.9 mesi che non ricevono latte materno e che ricevono almeno due pasti di latte ⁸ |
| 8. Consumo di alimenti ricchi di ferro o arricchiti: percentuale di bambini da 6 a 23.9 mesi che ricevono alimenti ricchi in ferro o arricchiti, elaborati specialmente per lattanti e bambini o arricchiti di ferro a casa | |

1. Gli indicatori 2-8, 10-12 e 14-15 sono basati su un richiamo di 24 ore. Gli indicatori 1, 2, 7 e 8 sono considerati prioritari fra gli indicatori chiave.

2. Possono essere disaggregati per età 0-1, 2-3, 4-5 e 0-3 mesi.

3. Le 7 categorie di alimenti usati per tabulare questo indicatore sono: cereali, radici e tuberi; legumi e noci; latticini (latte, yogurt, formaggio), carne e pesce (carne rossa, pesce, pollo, fegato e interiora), uova, frutta e verdura ricca di vitamina A, altra frutta e verdura.

4. Il minimo è definito come: due volte per lattanti di 6-8.9 mesi alimentati con latte materno; tre volte per bambini di 9-23.9 mesi alimentati con latte materno, quattro volte per bambini di 6-23.9 mesi non alimentati con latte materno.

5. Questo indicatore composto è la somma di due frazioni: la percentuale di bambini da 6 a 23.9 mesi allattati al seno che hanno avuto la diversità alimentare minima e la frequenza minima di pasti durante il giorno precedente, più la percentuale di bambini da 6 a 23.9 mesi che non ricevono latte materno e ricevono almeno due pasti di latte e hanno una diversità alimentare minima e la frequenza di pasti minima durante il giorno precedente.

6. Questo indicatore è la somma dell'allattamento esclusivo fino a 6 mesi più la percentuale di bambini di 6-23.9 mesi che ricevono latte materno assieme ad alimenti solidi o semi-solidi durante il giorno precedente.

7. Questo è l'unico indicatore che richiede la raccolta di dati per bambini oltre i 24 mesi; la descrizione di come calcolarlo si trova in un allegato del documento di consenso dell'OMS.

8. Latte artificiale, latte vaccino o di altri animali.

La proposta attuale del Programma per il Monitoraggio della Salute della Comunità Europea include i seguenti indicatori:⁶¹

- Allattamento al seno ed allattamento al seno esclusivo a 48 ore.
- Allattamento al seno ed allattamento al seno esclusivo a 3 e 6 mesi.
- Allattamento al seno a 12 mesi.

Questi sono raccomandati anche da altri progetti UE (Perinatale; Bambino; Progetti di Salute Pubblica sulla Nutrizione). Si precisa che avere una lista di indicatori raccomandati non significa che sia stato raggiunto un consenso per l'uso di definizioni e metodi standard, oltre ai tempi della raccolta dei dati. È necessario lavorare ancora per raggiungere un consenso e per diffondere raccomandazioni standard per la raccolta dei dati, tenendo a mente le raccomandazioni e le proposte dell'OMS.

Dovrebbero inoltre essere parte integrante di un piano d'azione il monitoraggio e la valutazione delle pratiche per l'allattamento al seno nei servizi sanitari e sociali; lo stato di attuazione di politiche, leggi e codici; la copertura e l'efficacia di attività di CCSC; l'efficacia e la copertura della formazione. È utile includere almeno qualche criterio usato universalmente, come quelli sviluppati da OMS e UNICEF per la BFHI, anche al fine di assicurare un certo grado di comparabilità tra e nei paesi.

6. Ricerca

L'elaborazione di questo Programma d'Azione, e più precisamente la revisione degli interventi efficaci,³⁵ ha rivelato la necessità di ulteriori ricerche su molti interventi singoli e/o combinati per accertare il loro effetto su i tassi di allattamento al seno. In particolare, è stata rilevata la necessità di analizzare l'effetto di pratiche di marketing dei sostituti del latte materno, di una legislazione per la protezione della maternità, di diversi approcci ed interventi di CCSC, e più in generale di quelle iniziative di salute pubblica che non possono essere valutate mediante metodi di ricerca rigorosi (studi controllati randomizzati).⁶² In alternativa, la randomizzazione può essere applicata a piccoli gruppi e comunità, invece che a individui, ma anche ciò potrebbe non essere attuabile. Potrebbe essere necessario applicare, in questi casi, altri tipi di studi controllati, ad esempio studi non randomizzati o studi prima/dopo per comparare aree geografiche o gruppi di popolazione.^{63,64} Anche i rapporti costo/beneficio, costo/efficacia e la fattibilità di diversi interventi hanno bisogno di ulteriori ricerche.

Metodi di alta qualità dovrebbero essere usate per ricerche sia quantitative che qualitative, includendo:

- La costanza nell'uso di definizioni standard delle categorie di alimentazione (inclusi i periodi di richiamo) e di altre variabili.
- L'uso di criteri validi per l'arruolamento dei soggetti di studio (criteri di inclusione ed esclusione; evitare l'auto-selezione).
- L'uso, quando necessario, di un disegno sperimentale appropriato (studi controllati randomizzati ed analisi per intention-to-treat).
- L'uso di una potenza dello studio appropriata e di un campione compatibile con gli obiettivi della ricerca (per identificare una significatività statistica con ridotti intervalli di confidenza).
- Una gestione appropriata dei fattori di confusione con la giusta analisi fattoriale (e con dati di base sufficientemente comprensivi).
- L'uso di metodi qualitativi appropriati come:⁶⁵
 - Interviste approfondite strutturate e semi-strutturate;
 - Focus groups e interviste con informatori chiave;

- Osservazione diretta o durante pratiche simulate, o reazioni a diversi scenari;
- Analisi di dialoghi (audio) o comportamenti (video) registrati.

Nell'effettuare ricerche, è importante notare che non è possibile o etico assegnare le madri ad allattare o non allattare al seno in maniera casuale. La valutazione dell'efficacia dei servizi di sostegno alle madri, inclusi i gruppi mamma-a-mamma, dovrebbe essere affrontata con cautela, soprattutto quando è retrospettiva, visto che gli utenti di questi servizi sono generalmente i gruppi sociali con maggiori probabilità di allattare e sono quindi auto-selezionati. Anche la ricerca prospettica in quest'area dovrebbe essere affrontata con cautela a causa della miriade di variabili di confusione coinvolte.

Le linee guida etiche per la ricerca sull'allattamento e l'alimentazione dei bambini, emanate da autorità sanitarie, scuole, collegi ed associazioni professionali, dovrebbero garantire la libertà da tutti gli interessi commerciali e dai conflitti d'interesse. La dichiarazione e la gestione di potenziali conflitti d'interesse dei ricercatori hanno un'importanza fondamentale. Il biomonitoraggio, cioè la ricerca di residui chimici nel latte materno, e la diffusione dei relativi risultati non dovrebbero screditare i messaggi di salute pubblica positivi sull'allattamento al seno. L'OMS ha sviluppato sia un protocollo speciale per madri arruolate nel biomonitoraggio, con informazioni sull'allattamento prima della nascita, sia esempi di buoni metodi di diffusione dei risultati.^P

^P <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

VI. Tavole Operative

1. Politiche e piani, gestione e finanziamento

1.1. Politiche

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|--|---|
| 1.1.1. Sviluppare una politica nazionale imperniata sulla Strategia Globale dell'OMS ed integrata nella politica sanitaria generale | Ministeri competenti, comitati nazionali per l'allattamento al seno e/o l'alimentazione dei lattanti e dei bambini | Politica scritta, completata, pubblicata e diffusa |
| 1.1.2. Integrare all'interno delle politiche nazionali politiche specifiche per gruppi socialmente svantaggiati e bambini in circostanze particolarmente difficili, per ridurre le ineguaglianze | Ministeri competenti, comitati nazionali per l'allattamento al seno | Politiche scritte, completate, pubblicate e diffuse |
| 1.1.3. Incoraggiare le associazioni professionali ad emanare raccomandazioni e linee guida basate sulle politiche nazionali e le raccomandazioni standard, ed assicurare che i loro membri le mettano in pratica | Ministeri competenti, associazioni professionali | Raccomandazioni scritte, completate, pubblicate e diffuse |

1.2. Piani

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|--|---|
| 1.2.1. Stabilire priorità, obiettivi e mete basati sulle politiche nazionali | Ministeri competenti, comitati per l'allattamento al seno | Priorità, obiettivi e mete stabiliti |
| 1.2.2. Sviluppare piani strategici a lungo termine (5-10 anni) e ripianificare dopo una valutazione | Ministeri competenti, comitati per l'allattamento al seno | Piani strategici sviluppati, pattuiti e pubblicati |
| 1.2.3. Sviluppare piani operativi nazionali e regionali a breve termine (1-2 anni) e ripianificare in base al monitoraggio | Ministeri competenti, autorità sanitarie regionali | Piani operativi sviluppati, pattuiti e pubblicati |
| 1.2.4. Coordinare le iniziative sull'allattamento al seno con altri piani ed attività di salute pubblica e promozione della salute | Ministeri competenti, autorità sanitarie regionali | Comitati di coordinamento intra- ed inter-settoriale istituiti; altri piani ed attività di salute riflettono le politiche sull'allattamento |
| 1.2.5. Instaurare un sistema di monitoraggio dei tassi di allattamento al seno basato su metodi e standard universalmente riconosciuti | Ministeri e autorità competenti, istituti nazionali di statistica, comitati per l'allattamento al seno | Sistema di monitoraggio funzionante, dati raccolti e analizzati regolarmente |
| 1.2.6. Raccogliere, oltre ai dati sui tassi di allattamento al seno, informazioni su età materna, scolarità e livelli socio-economici che aiutino ad individuare la dimensione e le caratteristiche delle ineguaglianze nella prevalenza dell'allattamento al seno | Ministeri e autorità competenti, istituti nazionali di statistica | Variabili rilevanti incorporate nel sistema di raccolta dati |

| | | |
|---|--|--|
| 1.2.7. Pubblicare e disseminare i risultati del monitoraggio, e usarli per verificare e influenzare i piani per attività future sull'allattamento al seno | Ministeri e autorità competenti, istituti nazionali di statistica, comitati per l'allattamento al seno | Risultati pubblicati, disseminati e usati nella ripianificazione, compreso l'impegno ad affrontare eventuali ineguaglianze riscontrate |
|---|--|--|

1.3. Gestione

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|--|--|
| 1.3.1. Designare coordinatori nazionali e regionali qualificati, con un chiaro mandato riguardante politiche e piani | Ministeri competenti, autorità sanitarie nazionali e regionali | Coordinatori nazionali e regionali designati |
| 1.3.2. Istituire comitati nazionali e regionali intersettoriali che sostengano e consiglino i coordinatori nazionali e regionali | Ministeri competenti, autorità sanitarie nazionali e regionali | Comitati nazionali e regionali istituiti |
| 1.3.3. Garantire continuità alle attività dei coordinatori e dei comitati nazionali e regionali | Ministeri competenti, autorità sanitarie nazionali e regionali | Coordinatori e comitati si impegnano assieme ad applicare il piano d'azione |
| 1.3.4. Effettuare un monitoraggio regolare dello stato d'avanzamento e valutare periodicamente i risultati dei piani nazionali e regionali | Coordinatori e comitati per l'allattamento al seno | Resoconti sullo stato di avanzamento e sulla valutazione prodotti periodicamente |

1.1. Finanziamento

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|---|---|--|
| 1.4.1. Assegnare adeguate risorse umane e finanziarie per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno ⁹ | Governi, ministeri ed autorità competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno | Assegnazione di un budget annuale realistico |
| 1.4.2. Garantire che sviluppo di politiche, pianificazione, esecuzione, monitoraggio e valutazione delle attività siano indipendenti dai finanziamenti di produttori e distributori di prodotti nel campo di applicazione del Codice Internazionale | Governi, ministeri ed autorità competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno, fornitori locali di servizi sanitari | Nessun finanziamento da produttori e distributori di prodotti coperti dal Codice Internazionale, fonti di finanziamento indicate in maniera chiara e trasparente |

2. Comunicazione per il cambiamento sociale e dei comportamenti

2.1. CCSC per gli individui

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|---|---|--|
| 2.1.1. Offrire ai nuovi genitori ed a coppie in attesa counselling individuale faccia-a-faccia da parte di operatori adeguatamente formati, peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma | Autorità sanitarie competenti, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi mamma-a-mamma | Valutazione delle conoscenze e competenze dei genitori e del modo in cui sono state comunicate |

⁹ Adeguate risorse finanziarie potrebbero essere assegnate anche ad ONG di pubblico interesse ed organizzazioni di volontariato coinvolte nell'allattamento al seno, se i governi riconoscono che il loro ruolo è essenziale e le loro attività sono necessarie per la protezione, la promozione ed il sostegno dello stesso.

| | | |
|---|---|--|
| 2.1.2. Garantire che tutti i materiali di CCSC prodotti e distribuiti dalle autorità sanitarie contengano informazione chiara, accurata e coerente, non in contraddizione con le politiche e le raccomandazioni nazionali e regionali, e che siano usati per rinforzare l'interazione faccia-a-faccia ^f | Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma | I materiali disponibili soddisfano i criteri di questo obiettivo; si mette in atto la valutazione dei materiali di CCSC e dei metodi di comunicazione faccia-a-faccia |
| 2.1.3. Includere modelli di comunicazione per proteggere l'allattamento al seno all'interno di materiale di CCSC sull'uso del latte materno come indicatore di livelli di inquinamento ambientale (biomonitoraggio) ^s | Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma | I materiali disponibili sono in linea con i criteri di questo obiettivo |
| 2.1.4. Identificare ed affrontare attivamente i bisogni speciali di informazione e di competenza di primipare, immigranti, adolescenti, delle madri che vivono da sole, delle donne meno istruite e di altre donne che in una determinata società abbiano minori probabilità di allattare, comprese le madri che hanno avuto precedenti esperienze negative o difficili | Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma | I servizi ed i materiali di CCSC prodotti rispondono a standard di alta qualità e soddisfano i bisogni speciali dei gruppi ai quali sono diretti |
| 2.1.5. Identificare ed affrontare i bisogni informativi degli altri componenti della famiglia, per esempio partner, padre, nonni, fratelli, ecc. | Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma | Materiali e sostegno disponibile valutati in funzione di queste persone |
| 2.1.6. Garantire che non vi sia pubblicità o altro tipo di promozione commerciale per il pubblico di prodotti nel campo di applicazione del Codice Internazionale, inclusa la distribuzione di materiali informativi prodotti/sponsorizzati dalle compagnie produttrici e distributrici di questi prodotti | Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno | Nessuna distribuzione di materiali per la promozione commerciale o il marketing prodotti dalle compagnie produttrici o distributrici sono trasmessi attraverso i media o distribuiti al pubblico |
| 2.1.7. Monitorare e valutare regolarmente la copertura, gli standard e l'efficacia dei materiali e le attività per la CCSC | Autorità sanitarie competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno | Copertura totale di materiali di CCSC distribuiti fra operatori sanitari e utenti di servizi di salute materno infantile che siano di alta qualità e rivisti regolarmente |

^f I materiali di IEC per le madri dovrebbero includere informazioni sull'importanza dell'allattamento al seno e nozioni essenziali di gestione dell'allattamento al seno, compreso il modo di affrontare i problemi più comuni e di entrare in contatto con chi può offrire assistenza e cure adeguate, se necessario.

^s <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

2.1. CCSC per la collettività

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|---|--|---|
| 2.2.1. Sviluppare e diffondere pacchetti di CCSC coerenti con le politiche e le raccomandazioni nazionali e regionali, da usare nei servizi sanitari e sociali, nelle scuole d'ogni ordine e grado, con i fornitori di servizi per l'infanzia, con coloro che producono politiche e prendono decisioni, con i mezzi di comunicazione ¹ ; l'informazione dev'essere gratuita al punto di consegna | Autorità sanitarie, sociali ed educative competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno, associazioni professionali, ONG, gruppi di sostegno mamma-a-mamma, peer counsellors | Pacchetti di CCSC sviluppati e diffusi; valutazione dell'efficacia della loro distribuzione |
| 2.2.2. Raffigurare l'allattamento al seno esclusivo per sei mesi e continuato fino a due anni ed oltre come il modo naturale di nutrire e far crescere lattanti e bambini in tutti i materiali stampati ed audiovisivi che hanno attinenza con l'alimentazione infantile e con il ruolo delle madri | Tutte le organizzazioni di comunicazione di massa e le autorità ed istituzioni responsabili per programmi e pubblicazioni | Informazioni che illustrano le loro responsabilità rese note alle organizzazioni di comunicazione di massa; misure di monitoraggio messe in atto |
| 2.2.3. Approfittare delle settimane internazionali, nazionali e locali sull'allattamento al seno per stimolare il dibattito pubblico in diversi contesti e mezzi di comunicazione e per diffondere informazioni importanti | Coordinatori e comitati per l'allattamento al seno, tutti gli altri gruppi interessati | Resoconti pubblicati sulle attività realizzate nel corso delle settimane sull'allattamento al seno |
| 2.2.4. Fare in modo, verificando, che gli organi di comunicazione promuovano ed appoggino l'allattamento al seno, assicurando che sia sempre raffigurato come naturale e desiderabile | Autorità sanitarie, sociali ed educative competenti, coordinatori e comitati per l'allattamento al seno | I canali e le reti multimediali ricevono informazioni e sono incoraggiate a ritrarre l'allattamento al seno come naturale e desiderabile; la rappresentazione dell'allattamento al seno fatto nei media è valutata e i risultati sono diffusi |
| 2.2.5. Monitorare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti sull'allattamento al seno a livello collettivo per adottare strategie di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno fondate su solide basi | Autorità sanitarie, sociali ed educative competenti | Inchieste completate, risultati pubblicati, azioni intraprese in base ai risultati |

¹ Il contenuto dei pacchetti di IEC dovrebbe essere sufficientemente flessibile da permettere di adattarli ai bisogni specifici delle organizzazioni coinvolte e della loro utenza. Un'attenzione speciale dovrebbe essere rivolta ai bisogni informativi dei gruppi sociali che hanno minori probabilità di allattare (per esempio, immigrati, adolescenti, famiglie di basso reddito).

3. Formazione

3.1. Formazione di base

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|---|--|
| 3.1.1. Sviluppare o aggiornare uno standard minimo (contenuti, metodi, materiali, durata) di competenze teoriche e pratiche sull'allattamento al seno e la gestione dello stesso per i curricula pre- e post-laurea degli operatori sanitari interessati, inclusi i farmacisti | Decani delle facoltà coinvolte, autorità deputate alla verifica delle competenze professionali, comitati per l'allattamento al seno | Curricula e standard per la formazione e la competenza professionale sviluppati o aggiornati, e messi in pratica |
| 3.1.2. Sviluppare o modificare, se esistono, testi, manuali e materiali didattici conformi ai curricula ed agli standard, oltre che alle politiche ed alle pratiche raccomandate | Decani e docenti delle facoltà coinvolte, associazioni professionali | Testi, manuali e materiali didattici sviluppati o migliorati ed usati |

3.1. Formazione continua

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|---|---|--|
| 3.2.1. Offrire educazione continua interdisciplinare basata sui corsi OMS e UNICEF o su altri corsi di provata efficacia, come parte di un programma di educazione per iniziare e continuare un lavoro, a tutto il personale interessato, con particolare attenzione per il personale di primo livello per l'assistenza alla maternità e all'infanzia | Autorità per l'educazione medica continua, scuole per operatori sanitari, istituzioni che forniscono servizi materno infantili, coordinatori istituzionali per lo sviluppo delle competenze professionali, associazioni professionali | Educazione continua a carattere pratico offerta a tutti gli operatori interessati ed aggiornamenti forniti regolarmente, sulla base di linee guida e corsi di riconosciuta efficacia |
| 3.2.2. Sviluppare o migliorare, se esistono, materiali didattici per l'educazione continua interdisciplinare, garantendo che materiali e corsi non siano influenzati da produttori e distributori di prodotti nel campo di applicazione del Codice Internazionale | Autorità per l'educazione medica continua, comitati per l'allattamento, scuole per operatori sanitari, coordinatori istituzionali per lo sviluppo delle competenze professionali, associazioni professionali | Materiali sviluppati o migliorati; messa in atto di protocolli per verificare ed evitare conflitti d'interesse nel contenuto dei corsi e dei materiali didattici |
| 3.2.3. Incoraggiare gli operatori sanitari interessati a seguire corsi avanzati ed accreditati di gestione dei problemi dell'allattamento al seno e ad acquisire il certificato di IBCLC o un certificato equivalente che soddisfi i migliori criteri di competenza pratica ^u | Autorità per l'educazione medica continua, datori di lavoro nei servizi di salute, IBCLCE, associazioni professionali | Rapporto in aumento tra il numero di consulenti per l'allattamento al seno certificati e il numero di neonati |
| 3.2.4. Incoraggiare la formazione di reti tra specialisti in allattamento al seno per aumentare le conoscenze e migliorare le pratiche | Associazioni professionali, ONG di interesse pubblico | Siti internet, gruppi di discussione creati ed attivati |

^u Il certificato dell'IBLCE è concesso ai candidati che passano con successo un esame basato sulla competenza pratica, indipendentemente dal tipo di corso seguito. L'esame dell'IBLCE è stato somministrato in tutto il mondo ed in molte lingue per 20 anni. La ricertificazione è obbligatoria ogni cinque anni. Coloro che certificano devono aderire ad un Codice Etico e devono seguire degli standard. Una commissione indipendente per agenzie certificanti ha accreditato regolarmente i procedimenti dell'IBLCE fin dal 1998.

| | | |
|--|--|--|
| 3.2.5. Monitorare la copertura e l'efficacia della formazione continua | Autorità per l'educazione medica continua, comitati per l'allattamento, associazioni professionali | Conoscenze, competenze e copertura della formazione valutate |
|--|--|--|

4. Protezione, promozione e sostegno

4.1. La Strategia Globale per l'Alimentazione del Lattante e del Bambino

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|---|--|
| 4.1.1. Mettere in atto politiche e piani basati sulla Strategia Globale dell'OMS e sui Piani d'Azione dell'Ufficio Europeo dell'OMS | Ministero della Salute ed altri ministeri competenti | Politiche e piani elaborati e messi in pratica |
| 4.1.2. Disseminare le politiche ed i piani per l'allattamento al seno a tutti i gruppi professionali, alle scuole che offrono formazione pre- e post-laurea, alle ONG ed al pubblico in generale | Agenzie ed aziende per i servizi sanitari, Ministero della Salute ed altri ministeri competenti | Gli operatori sanitari ed il pubblico conoscono le politiche ed i piani per l'allattamento al seno |
| 4.1.3. Monitorare regolarmente i progressi e valutare periodicamente i risultati di politiche e piani nazionali e regionali | Agenzie ed aziende per i servizi sanitari, Ministero della Salute ed altri ministeri competenti | Produzione di rapporti regolari sui progressi e sulle valutazioni periodiche |

4.2. Il Codice Internazionale

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|---|---|---|
| 4.2.1. Elaborare nuove direttive Europee sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno che comprendano tutti i provvedimenti ed i prodotti nel campo d'applicazione del Codice Internazionale come requisito minimo | Commissione Europea, governi nazionali | Direttive scritte ed approvate da tutti i paesi membri dell'UE |
| 4.2.2. Assicurare che il Codice Internazionale sia rispecchiato nella posizione dell'UE alle riunioni del Codex Alimentarius | Commissione Europea, governi nazionali, agenzie che si occupano di standard e sicurezza alimentare | I verbali delle riunioni del Codex Alimentarius rispecchiano questa posizione |
| 4.2.3. Emanare leggi nazionali impiegate sul Codice Internazionale, compresi meccanismi per farle rispettare e per perseguirne le infrazioni, e sviluppare un sistema di monitoraggio indipendente da interessi commerciali | Governi nazionali, comitati per l'allattamento al seno, agenzie che si occupano di standard e sicurezza alimentari, autorità per la pubblicità, associazioni di consumatori | Leggi nazionali aggiornate e procedure per il loro rispetto in atto in conformità con le disposizioni del Codice Internazionale |
| 4.2.4. Incoraggiare la piena attuazione del Codice Internazionale anche prima che ciò sia richiesto da nuove direttive dell'UE | Governi nazionali e regionali, comitati per l'allattamento al seno, ONG | Procedure nazionali e regionali per il rispetto del Codice Internazionale in atto |
| 4.2.5. Informare gli operatori sanitari in formazione ed i fornitori di servizi sanitari sulle loro responsabilità nei confronti del Codice Internazionale | Facoltà universitarie di scienze sociali e mediche, istituzioni per la formazione e l'educazione | Informazioni fornite |

| | | |
|---|--|---|
| | medica continua, autorità sanitarie | |
| 4.2.6. Elaborare codici etici di condotta con criteri per la sponsorizzazione individuale ed istituzionale di corsi, materiali didattici, ricerca, congressi ed altre attività ed eventi, per evitare conflitti d'interesse che potrebbero influenzare negativamente l'allattamento al seno | Associazioni professionali, istituti di formazione, fornitori di servizi | Criteri e linee guida elaborati, pubblicati, messi in pratica |
| 4.2.7. Divulgare informazione al pubblico sui principi, gli scopi ed le disposizioni del Codice Internazionale, e sulle procedure per verificarne il rispetto e sanzionare le violazioni | Governi nazionali e regionali, ONG, associazioni di consumatori | Informazione diffusa al pubblico ed alle istituzioni responsabili per il monitoraggio |
| 4.2.8. Eliminare progressivamente la distribuzione gratuita di latte artificiale alle famiglie di basso reddito, dove questa pratica sussiste, e sostituirla con incentivi ed iniziative per promuovere e sostenere l'allattamento al seno nelle famiglie povere o altrimenti emarginate | Governi nazionali e regionali, agenzie per l'assistenza sociale | Distribuzione gratuita alle famiglie di basso reddito sospesa e sostituita da incentivi ed iniziative indirizzate ad aumentare i tassi d'allattamento al seno fra queste famiglie |
| 4.2.9. Instaurare un sistema di monitoraggio, indipendente da interessi commerciali, per controllare il rispetto del Codice Internazionale; investigare, e se necessario perseguire, le violazioni, producendo informazioni per il pubblico e le autorità competenti sulle stesse, quando accadono all'interno dell'ambito giurisdizionale competente | Ministeri e autorità sanitarie competenti, comitati e coordinatori per l'allattamento al seno, associazioni di consumatori | Procedure di monitoraggio in atto ed operative; pubblicazioni regolari e disseminazione dei risultati riguardanti le violazioni del Codice Internazionale osservate |

4.3. La legislazione per le madri che lavorano

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|-------------------------------|--|
| 4.3.1. Ampliare le leggi nazionali sulla protezione della maternità affinché siano di sostegno alle madri nel raggiungere gli standard di migliore pratica raccomandati per l'allattamento al seno dei loro bambini | Governi nazionali e regionali | Convenzione OIL 183 ratificata, legislazioni ampliate |
| 4.3.2. Garantire che vi sia un sostegno legislativo sufficiente a permettere alle madri che lavorano di allattare i loro figli esclusivamente al seno per sei mesi e di continuare ad allattarli anche dopo, in linea con le raccomandazioni nazionali | Governi nazionali e regionali | Sostegno legislativo efficace messo in opera, supporto finanziario approvato |
| 4.3.3. Estendere i provvedimenti per la protezione della maternità alle lavoratrici che attualmente non ne godono, per esempio: donne con contratti brevi, lavoratrici occasionali o a part-time, studentesse lavoratrici, immigranti | Governi nazionali e regionali | Legislazione estesa, equità di trattamento per tutte le madri lavoratrici |

| | | |
|--|--|--|
| 4.3.4. Assicurare che i datori di lavoro, gli operatori sanitari ed il pubblico siano pienamente informati sulla legislazione riguardante la protezione della maternità e la salute e sicurezza sul lavoro per quanto concerne la gravidanza e l'allattamento | Governi nazionali e regionali, dipartimenti per il personale, agenzie di promozione della salute, associazioni dei datori di lavoro, sindacati | Esiste una consapevolezza generalizzata sui provvedimenti per la protezione della maternità |
| 4.3.5. Informare i datori di lavoro dei benefici, per loro e per i loro lavoratori, delle facilitazioni per l'allattamento al seno al momento di tornare a lavorare, e di quanto è necessario perché ciò divenga possibile (orario flessibile, pause, possibilità di spremere e conservare il latte materno) | Ministeri competenti, autorità sanitarie e sociali, associazioni dei datori di lavoro, sindacati | Datori di lavoro informati dei benefici, che offrono il necessario sostegno all'allattamento al seno sul posto di lavoro |
| 4.3.6. Monitorare sia nel settore pubblico che in quello privato l'attuazione di politiche e legislazioni nazionali, incluse le leggi sulla protezione della maternità in relazione all'allattamento | Governi nazionali e regionali, associazioni dei datori di lavoro, sindacati, ONG, associazioni professionali | Monitoraggio eseguito, pubblicazione regolare dei risultati |

4.4. L'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino^v

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|---|--|
| 4.4.1. Assicurare che i governi, le autorità di salute, le associazioni professionali e le ONG interessate collaborino strettamente con l'UNICEF e l'OMS per mettere in pratica la BFHI in quanto standard d'eccellenza, e che tutte le maternità e le istituzioni per l'assistenza all'infanzia perseguano l'obiettivo di raggiungere e mantenere la designazione di Baby Friendly, incluso il rispetto del Codice Internazionale | Governi nazionali e regionali, autorità sanitarie competenti, agenzie di linee guida cliniche, commissioni di salute, associazioni professionali, ONG, comitati per l'allattamento al seno, servizi di maternità e di assistenza all'infanzia | Comitati e coordinatori per la BFHI istituiti, BFHI riconosciuta da tutti come standard d'eccellenza nella fornitura di servizi per l'allattamento al seno |
| 4.4.2. Garantire risorse adeguate (fondi, personale, tempo) e supporto tecnico per la formazione, i cambiamenti delle pratiche e la valutazione e rivalutazione degli ospedali in base alla loro conformità con la BFHI | Governi nazionali e regionali, autorità sanitarie competenti, comitati per la qualità delle cure e la BFHI | Adeguati finanziamenti e personale assegnati per raggiungere gli standard BFHI per tutti i futuri genitori e le madri che allattano |
| 4.4.3. Garantire che gli ospedali che attualmente non stanno perseguendo attivamente la designazione di BFH stiano attuando le pratiche così come descritte nei 10 Passi già che esse rappresentano le pratiche migliori basate sull'evidenza | Autorità sanitarie competenti; comitati per la qualità delle cure e la BFHI | Tutti gli ospedali e le maternità si adeguano agli standard d'eccellenza |
| 4.4.4. Incorporare i criteri della BFHI nello standard del sistema nazionale di | Autorità sanitarie competenti; comitati per | Gli standard per l'accreditamento dei |

^v La BFHI è considerata uno standard d'eccellenza. Altre iniziative o programmi, tuttavia, possono dare risultati eccellenti. Tali iniziative e programmi devono però essere valutati in termini d'efficacia.

| | | |
|--|---|---|
| accreditamento dei servizi pediatrici e di maternità ^w | la qualità delle cure, la BFHI e l'accreditamento | servizi pediatrici e di maternità includono tutti i criteri della BFHI |
| 4.4.5. Elaborare un approccio sistematico alla comunicazione di informazioni sull'allattamento al seno durante le cure prenatali che sia compatibile con i passi pertinenti della BFHI | Autorità sanitarie competenti, fornitori di servizi di salute, operatori sanitari | Le linee guida per le cure prenatali contengono i criteri della BFHI |
| 4.4.6. Coinvolgere i padri e le famiglie per assicurare sostegno appropriato alle madri dopo la dimissione | Fornitori di servizi di salute, operatori sanitari | Padri e famiglie coinvolti |
| 4.4.7. Mettere in pratica il 10° Passo migliorando la collaborazione tra gli ospedali, le altre istituzioni sanitarie e sociali e i gruppi di sostegno mamma-a-mamma in modo da assicurare un adeguato sostegno e counselling per l'allattamento al seno in particolare nelle settimane che seguono il parto | Autorità sanitarie e sociali competenti, comitati per la qualità delle cure e la BFHI, peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma, associazioni di volontariato di sostegno all'allattamento, ONG | 10° Passo della BFHI messo estensivamente in pratica |
| 4.4.8. Garantire che siano fornite risorse e supporto tecnico adeguati per la formazione ed il cambiamento delle pratiche per fare in modo che i servizi sanitari e sociali territoriali per le donne, i lattanti ed i bambini promuovano e sostengano l'allattamento al seno | Autorità sanitarie e sociali competenti, associazioni professionali | I fornitori di servizi sanitari e sociali territoriali, pubblici e privati, promuovono e sostengono l'allattamento al seno in conformità con le politiche approvate |
| 4.4.9. Sviluppare e mettere in pratica le iniziative Baby Friendly oltre i servizi per la maternità, fino ad includere i servizi sanitari e sociali territoriali, i reparti e le unità di pediatria, le farmacie e i luoghi di lavoro | Autorità sanitarie e sociali competenti, comitati per la qualità delle cure e la BFHI, ONG | Modelli di assistenza basati sulla BFHI sviluppati e messi in pratica in altre aree sanitarie e sociali |
| 4.4.10 Stilare protocolli e promuovere procedure per la valutazione regolare delle pratiche ospedaliere e nei servizi per la salute primaria, basate su criteri derivati dai migliori standard basati sull'evidenza come quelli sviluppati da OMS/UNICEF e comitati nazionali e regionali per la BFHI | Autorità e ministeri competenti, comitati di controllo della qualità e la BFHI, ONG | Valutazione regolare dei protocolli e delle procedure usate in tutti i servizi pediatrici, di maternità e di salute primaria |

4.5. Sostegno da parte di operatori sanitari formati

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|---|--|---|
| 4.5.1 Garantire che il sostegno specializzato all'allattamento al seno fornito dal personale dei servizi sanitari e sociali, e dalle volontarie dei gruppi mamma-a- | Autorità sanitarie e sociali competenti, operatori sanitari, organizzazioni di | Valutazione del numero di operatori e volontari con le competenze necessarie a dare sostegno in maniera |

^w La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno non si possono concretizzare senza che sia promossa anche la nascita in condizioni fisiologiche. Tassi di taglio cesareo e di parto sotto anestesia in aumento, entrambi associati a disturbi della produzione di ormoni per la lattazione, possono interferire con il successo dell'allattamento al seno.

| | | |
|--|---|---|
| mamma, porti le madri e le loro famiglie ad avere fiducia in se stesse e consapevolezza della loro capacità di allattare | volontariato | efficace, e a far fronte a mancanze identificate |
| 4.5.2 Garantire che madri con particolari difficoltà nell'allattamento al seno, incluse quelle che hanno difficoltà nell'alimentare i loro bambini con il latte artificiale, ricevano sostegno specializzato e individualizzato da personale competente | Autorità sanitarie competenti, fornitori di servizi sanitari, operatori sanitari | Coordinatori per l'allattamento al seno e specialisti, come le IBCLC, formati ed usati per questo servizio e per formare altro personale nella gestione efficace dei problemi di allattamento |
| 4.5.3 Garantire che tutte le madri che ne hanno bisogno abbiano accesso diretto, nel momento in cui sorgano problemi, ai servizi di sostegno per l'allattamento al seno, compresa l'assistenza fornita da consulenti in allattamento adeguatamente qualificate o da altro personale con le competenze necessarie | Autorità sanitarie e sociali competenti, agenzie ed organizzazioni interessate, assicurazioni sanitarie | Il sistema sanitario nazionale e/o le compagnie di assicurazioni sanitarie coprono il costo di un sostegno qualificato per l'allattamento al seno |
| 4.5.4 Offrire il sostegno necessario alle madri di neonati ammalati o prematuri per garantire che siano in grado di mantenere la produzione di latte e possano spremere latte a sufficienza per i bisogni dei loro bambini (questo sostegno dovrebbe includere la copertura di spese di viaggio e/o alloggio affinché possano stare con o vicino ai loro bambini il più possibile), o mettere a loro disposizione latte materno donato | Autorità sanitarie e sociali competenti, agenzie ed organizzazioni interessate | Assistenza e sostegno forniti alle madri senza costi aggiuntivi |
| 4.5.5 Istituire centri d'eccellenza nazionali e regionali da usare come risorsa per madri ed operatori sanitari, incluso l'accesso a pubblicazioni rilevanti, libri di testo e un accesso gratuito a servizi internet con bibliografia basata sull'evidenza | Autorità sanitarie nazionali e regionali, comitati per l'allattamento al seno | Centri d'eccellenza istituiti, informazione sull'accesso divulgata a tutti i gruppi interessati |
| 4.5.6 Garantire che le donne che interrompono l'allattamento al seno prima di quanto avessero desiderato o programmato siano assistite nell'esaminare le cause dell'accaduto per ridurre sentimenti di perdita e sconfitta, e assicurare che queste esperienze non influiscano negativamente su future esperienze di alimentazione di un lattante | Autorità sanitarie competenti, fornitori di servizi sanitari, operatori sanitari | Il personale e i volontari sono attenti e competenti a sostenere una madre che abbia bisogno di fare il punto dopo aver smesso di allattare prima del previsto |
| 4.5.7 Istituire feedback di routine da parte dei pazienti, attraverso valutazioni e inchieste sul gradimento, per determinare la qualità del sostegno e delle informazioni sull'allattamento dei servizi pediatrici, di maternità e di salute primaria | Direttori degli ospedali e dei centri di salute primaria, comitati per il controllo della qualità, coordinatori e specialisti di allattamento al seno | Procedure di feedback di routine avviate, protocolli per far fronte a pratiche non ottimali rilevate istituiti |

4.6. Sostegno da parte di peer counsellors formate e di gruppi mamma-a-mamma

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|---|--|--|
| 4.6.1 Incoraggiare la costituzione e/o aumentare la copertura del sostegno fornito da peer counsellors formate e da gruppi mamma-a-mamma, in particolare in comunità emarginate o di livelli socio-economici più bassi, dove le donne hanno minori probabilità di allattare | Autorità sanitarie competenti, comitati per la promozione della salute e della salute pubblica, peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma, gruppi di volontari per il sostegno all'allattamento | Formazione/istituzione di peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma in aree dove siano più necessari |
| 4.6.2 Sviluppare o aggiornare curricula (contenuti, metodi, materiali, durata) per la formazione di peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma | Peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma, gruppi di volontari per il sostegno all'allattamento | Curricula e criteri per le competenze pratiche necessarie sviluppati o aggiornati |
| 4.6.3 Rafforzare la collaborazione e la comunicazione tra gli operatori sanitari delle diverse strutture e le peer counsellors ed i gruppi di sostegno mamma-a-mamma | Autorità sanitarie competenti, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi mamma-a-mamma, gruppi di volontari per il sostegno all'allattamento | Procedure in atto per facilitare l'uso efficace delle competenze esistenti nei servizi e nel volontariato |

4.7. Sostegno in famiglia, nella collettività e al lavoro

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|---|---|
| 4.7.1 Fornire informazioni e sostegno appropriati alle madri che allattano, ai loro partner e alle famiglie, inclusi dettagli per entrare in contatto con reti riconosciute d'appoggio, sia pubbliche che su base volontaria | Autorità sanitarie e sociali competenti, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma | Le madri che allattano ed i loro partner ricevono regolarmente questo tipo di informazioni e sostegno |
| 4.7.2 Incoraggiare il sostegno familiare mediante progetti educativi locali e programmi comunitari basati sulla collaborazione tra servizi pubblici e volontariato | Autorità sanitarie e sociali competenti, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi mamma-a-mamma | Progetti intersettoriali locali e comunitari istituiti e valutati |
| 4.7.3 Identificare ed affrontare i bisogni specifici di sostegno delle donne primipare, immigrate, adolescenti, delle madri che vivono da sole, di quelle meno istruite, e di altre che in una data società abbiano minori probabilità di allattare, comprese madri con precedenti esperienze di difficoltà o d'insuccesso nell'allattamento al seno | Autorità sanitarie e sociali competenti, operatori sanitari, peer counsellors, gruppi di sostegno mamma-a-mamma | I bisogni di informazione e sostegno di tali gruppi è identificato e i relativi bisogni sono stati adeguatamente affrontati |
| 4.7.4 Incoraggiare l'istituzione di politiche ed agevolazioni favorevoli all'allattamento al seno nei posti di lavoro e nei servizi e locali pubblici, e proteggere il diritto delle donne di continuare ad allattare per quanto lo desiderano attraverso l'attuazione di politiche a legislazioni appropriate | Governi nazionali e regionali, autorità sanitarie e sociali competenti, dipartimenti per il personale | Politiche ed agevolazioni ampiamente favorevoli all'allattamento al seno adottate e messe in pratica |

5. Monitoraggio

Le informazioni contenute nelle tavole operative per il monitoraggio sono state integrate nelle tavole operative delle altre sezioni e possono quindi essere trovate sotto diversi capitoli.

6 Ricerca

| Obiettivi raccomandati | Responsabili | Prodotti e risultati |
|--|--|--|
| 6.1.1 Stimolare e sostenere le ricerche sull'allattamento al seno basate su programmi e priorità convenuti, usando definizioni concordate, e libere da interessi commerciali e conflitti d'interesse | Commissione Europea, governi, ministeri della salute, istituti di ricerca, comitati per l'allattamento al seno | Budget annuale per la ricerca sull'allattamento al seno; progetti di ricerca pubblicati e diffusi; mantenimento di un database sulla ricerca riguardante l'allattamento al seno; lacune identificate |
| 6.1.2 Appoggiare ed assicurare intensi scambi d'esperienze e competenze in ricerca sull'allattamento al seno tra istituti di ricerca di paesi membri dell'UE | Commissione Europea, governi, istituti di ricerca, comitati per l'allattamento al seno, associazioni professionali | Aumento del numero di progetti e pubblicazioni collaborativi |

Bibliografia

1. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003517
2. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496>
3. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002
http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm
4. Horta BL, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. World Health Organization, Geneva, 2007
5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007
6. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. AICR, Washington DC, 2007
7. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28:94-100
8. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact* 2004;20:9-17
9. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:253-62
10. Merewood A, Patel B, Newton KN et al. Breastfeeding duration rates and factors affecting continued breastfeeding among infants born at an inner-city US Baby-Friendly hospital. *J Hum Lact* 2007;23:157-64
11. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2007;96:1126-30
12. A warm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994;344:1239-41
13. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989 <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>
14. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2002
http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm
15. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981 http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
16. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF, Florence, 1990
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
17. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989
18. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Infant and Young Child Feeding. UNICEF, Florence, 2005 <http://www.innocenti15.net/declaration.htm>
19. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992 http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf
20. WHO/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001
<http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>

21. WHO/EURO. The second action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2007-2012. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007
http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20070620_3
22. Infant Feeding in Emergencies Interagency Core Group. Infant and young child feeding in emergencies: operation guidance for emergency relief staff and programme managers (version 2.1). Emergency Nutrition Network, Oxford, 2007
23. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. Public Health Nutr 2001;4:265-73
24. Société Française de Santé Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000
25. EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000
<http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf>
26. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics 1999;103:870-6
27. Lund-Adams M, Heywood P. Breastfeeding in Australia. World Rev Nutr Diet 1995;78:74-113
28. Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Dept of Agriculture. Food and Nutrition Research Report n. 13, Washington DC, 2001
29. United States Breastfeeding Committee. Economic benefits of breastfeeding. United States Breastfeeding Committee, Raleigh, NC, 2002
<http://www.usbreastfeeding.org/Issue-Papers/Economics.pdf>
30. Bitoun P. The economic value of breastfeeding in France. Le Dossiers de l'Obstetrique 1994;216:10-3
31. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. Acta Paediatr 2006;95:540-6
32. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007
33. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007
34. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2003
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf
35. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a2_18_en.pdf
36. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005;8:39-46
37. European Network for Public Health Nutrition: Networking Monitoring Intervention and Training (EUNUTNET). Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2006
http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_development.htm
38. European Commission. Directive 91/321/EEC. EEC, Brussels, 1991

39. European Commission. Directive 2006/141/EC. European Commission, Brussels, 2006
40. International Labour Organization. Maternity Protection Convention C183. ILO, Geneva, 2000 <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>
41. Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4:729-39
42. New South Wales Centre for Public Health Nutrition. Report on breastfeeding in New South Wales 2004. The University of Sydney, Sydney, 2004 www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/nutrition/breastfeeding/index.html
43. New South Wales Centre for Public Health Nutrition. Overview of recent reviews of interventions to promote and support breastfeeding. The University of Sydney, Sydney, 2004 www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/bf_interventions.html
44. Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005 <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=511623>
45. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. The CDC guide to breastfeeding interventions. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2005 <http://www.cdc.gov/breastfeeding/resources/guide.htm>
46. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2007;
47. Cattaneo A, Borgnolo G, Simon G. Breastfeeding by objectives. *Eur J Public Health* 2001;11:397-401
48. WHO/FAO. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. WHO, Geneva, 2007
49. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20
50. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ* 2001;323:1358-62
51. Rea MF, Venancio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull World Health Organ* 1999;77:492-8
52. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health* 2005;33:424-31
53. Ekstrom A, Nissen E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics* 2006;118:e309-e314
54. World Health Assembly. WHA Resolution 58.32: Infant and young child nutrition. WHO, Geneva, 2005
55. Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J* 2006;1:24
56. Questions and answers on *Enterobacter sakazakii* in powdered infant formula. WHO, Geneva, 2004
57. WHO. HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. World Health Organization, Geneva, 2006 http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm
58. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991 http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.PDF

59. WHO/UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993
60. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting. WHO, Geneva, 2007
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf
61. European Community Health Indicators Phase II. Public Health Indicators for Europe: context, selection, definition. EU Health Monitoring Programme, Luxembourg, 2005
http://www.ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_08_en.pdf
62. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004;94:400-5
63. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6
64. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6
65. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. Blackwell, London, 2006

Autori e revisori

Questo Programma d'Azione è stato scritto dal coordinatore del progetto, Adriano Cattaneo, e dai suoi collaboratori presso l'Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste: Anna Macaluso, Simona Di Mario, Luca Ronfani, Paola Materassi, Sofia Quintero Romero, Mariarosa Milinco ed Alexandra Knowles.

Essi hanno scritto a nome dei membri del Comitato Direttivo del progetto:

- Christine Carson (Ministero della Salute, Londra)
- Flore Diers-Ollivier (La Leche League e Coordinamento Francese per l'Allattamento al Seno)
- Berthold Koletzko (Professore di Pediatria, Malattie Metaboliche e Nutrizione, Università di Monaco)
- Hildegard Przyrembel (Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno, Germania)
- Nathalie Roques (Centro di Documentazione per l'Allattamento Materno, Lione)
- Luis Ruiz Guzman (Pediatra e coordinatore della BFHI, Spagna)
- Michael Sjöström (Nutrizione e Salute Pubblica, Karolinska Institute, Stoccolma)
- Agneta Yngve (Nutrizione e Salute Pubblica, Karolinska Institute, Stoccolma)

e di tutti i partecipanti al progetto:

- Austria: Ilse Bichler (Amministratrice Regionale, IBLCE), Anne-Marie Kern (Coordinatrice, BFHI)
- Belgio: Françoise Moyersoen (Istituto per gli Studi sulla Famiglia, Rete Allattamento Materno)
- Danimarca: Tine Jerris e Ingrid Nilsson (Coordinatrice e Vice Presidente, Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno)
- Finlandia: Kaija Hasunen (Consulente, Ministero della Salute e degli Affari Sociali)
- Grecia: Vicky Benetou (Dipartimento di Igiene ed Epidemiologia, Università di Atene), Themis Zachou (Neonatologa, ex Direttrice, Unità per la Promozione dell'Allattamento al Seno e Banca del Latte, Ospedale Elena Venizelou, Atene)
- Islanda: Geir Gunnlaugsson, Ingibjörg Baldursdóttir e Jona Margret Jonsdóttir (Centro per i Servizi di Salute del Bambino)
- Irlanda: Genevieve Becker (Nutrizionista), Maureen Fallon (Coordinatrice Nazionale per l'Allattamento al Seno)
- Lussemburgo: Maryse Lehnens-Arendt (IBCLC, Initiativ Liewensufank)
- Olanda: Adrienne de Reede (Direttrice, BFHI)
- Norvegia: Anne Baerug (Coordinatrice, Centro Nazionale per l'Allattamento al Seno, Oslo)
- Portogallo: Isabel Loureiro (Scuola Nazionale di Salute Pubblica, Lisbona)
- Gran Bretagna: Jenny Warren, Susan Sky, Janet Calvert (Coordinatrici, Allattamento al Seno, per Scozia,

Galles e Irlanda del Nord)

- Kim Fleischer Michaelsen (Società Internazionale per la Ricerca sul Latte Umano e la Lattazione)
- Andrew Radford (Direttore, BFHI, Gran Bretagna)
- Aileen Robertson (Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, Copenhagen)
- Lida Lhotska (IBFAN/GIFA, Ginevra)

i quali hanno fornito idee, commenti e feedback a successive bozze del Programma e ne hanno riveduto la versione finale.

Il Programma d'Azione è stato rivisto, valutato e commentato anche dalle seguenti persone, associazioni ed istituzioni:

- Austria: Renate Fally-Kausek (Promozione dell'Allattamento al Seno, Ministero della Salute), Karl Zwiauer (Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno), Christa Reisenbichler (La Leche League), Eva Filsmair (Scuola per Infermiere Pediatriche, Vienna), Maria Jesse (Associazione delle Infermiere Pediatriche), Renate Großbichler (Associazione delle Ostetriche), Margaritha Kindl (Accademia delle Ostetriche, Mistelbach), Christine Kohlhofer and Renate Mitterhuber (Accademia delle Ostetriche, Clinica Semmelweiss, Vienna), Michael Adam (Dipartimento di Ostetricia, Clinica Semmelweiss, Vienna)
- Belgio: Ann van Holsbeeck e altri membri del Comitato Federale Multisetoriale per l'Allattamento al Seno, rappresentanti delle Autorità Sanitarie Federali Regionali della Vallonia e della Comunità Francese
- Bulgaria: Stefka Petrova (Dipartimento di Nutrizione, Centro Nazionale di Igiene)
- Repubblica Ceca: Zuzana Brazdova (Università di Brno), Magdalena Paulova (Istituto di Educazione Medica Superiore, Praga), Dagmar Schneidrová (Università Carlo, Praga)
- Danimarca: membri del Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno comprendente Associazione dei Dietisti Clinici, Comitato Sanitario Nazionale, Associazione delle Ostetriche, Collegio dei Medici di Famiglia, Comitato per l'Educazione Sanitaria, Comitato per l'UNICEF, Consiglio dei Consumatori, Associazione dei Medici, Associazione delle Infermiere, Società di Pediatria, Società di Ostetricia e Ginecologia, Amministrazione Veterinaria e per gli Alimenti, IBLCE, Ministero degli Interni e Salute, Associazione Genitori e Parto, Società delle Infermiere Professionali, Società delle Infermiere Ostetriche, Società delle Infermiere Pediatriche, WABA e Ufficio Regionale dell'OMS
- Estonia: Julia Deikina (Ispettorato per la Protezione della Salute)
- Finlandia: Marjaana Pelkonen (Ministero della Salute e degli Affari Sociali)
- Francia: Xavier Codaccioni (Ospedale Jeanne de Flandre, Lilla), Marie Thirion (Università Joseph Fourier, Grenoble), Irène Loras-Duclaux (Ospedale Ed. Herriot, Lione), Jacques Sizun e Loïc de Parscau (Ospedale Universitario, Brest), Dominique Gros (Ospedali Universitari, Strasburgo), Jacques Schmitz (Ospedale Necker per i Bambini Ammalati, Parigi), Dominique Turck (Ospedale Jeanne de Flandre, Lilla, e Comitato di Nutrizione, Società Francese di Pediatria), Bernard Maria (Ospedale di Villeneuve St-Georges); i seguenti membri del Coordinamento Francese per l'Allattamento Materno: Marc Pilliot (Maternità St Jean, Roubaix), Gisèle Gremmo-Feger (Ospedale Universitario, Brest), Françoise Dessery (Solidarilait), Kristina Löfgren (BFHI), Françoise Ganzhorn e Claire Laurent (Ospedale di Le Havre), Marie-Claude Marchand (Co-Naître), André Marchalot (Rete Normanna per l'Allattamento), Roselyne Duché-Bancel (La Leche League), Peggy Colnacap (MAMAM)
- Germania: Michael Abou-Dakn (Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno, Società per il sostegno della BFHI), Marion Brüssel (Associazione delle Ostetriche, Berlino), Eleanor Emerson (La Leche League), Joachim Heinrich (Nutrizione, Epidemiologia e Salute Pubblica, Centro di Ricerca su Ambiente e Salute), Ingeborg Herget (Associazione delle Infermiere Pediatriche), Mathilde Kersting (Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno, Istituto di Ricerca sulla Nutrizione Infantile), Rüdiger von Kries (Fondazione per la Salute del Bambino), Walter Mihatsch (Società di Medicina Pediatrica e Adolescenziale), Gudrun von der Ohe (Associazione delle Consulenti in Allattamento), Utta Reich-Schottky (Associazione dei Gruppi di Appoggio all'Allattamento), Marita Salewski (Lega per i Bambini), Elke Sporleder (Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno, Associazione delle Consulenti in Allattamento), Jutta Struck (Ministero Federale per la Famiglia, gli Anziani, le Donne e i Giovani), Marina Weidenbach (Gruppo di Azione per l'Alimentazione Infantile), Anke Weißenborn (Istituto Federale per la Valutazione del Rischio), Ute Renkowitz e Petra Wittig (Associazione delle Ostetriche), Uta Winkler (Ministero Federale per la Salute e gli Affari Sociali)
- Grecia: Antonia Trichopoulou (Professore Associato, Dipartimento di Igiene ed Epidemiologia, Università di Atene), Chryssa Bakoula e Polixeni Nicholaidou (Professori Associati, 1° Dipartimento di Pediatria, Università di Atene)
- Ungheria: Gabor Zajkas (OKK-OETI), Katalin Sarlai (Associazione Ungherese per l'Allattamento al Seno)
- Islanda: Anna Björg Aradóttir (Infermiera, Direzione per la Salute)
- Irlanda: Anne Fallon (Ostetrica, University College Hospital, Galway), Nicola Clarke (Ostetrica e specialista in allattamento al seno, Maternità Nazionale, Dublino), Margaret O'Connor (Infermiera, Tralee, Kerry), Maura Lavery (Ostetrica e specialista in allattamento al seno, Rotunda Hospital, Dublino), Camilla Barrett

- (Ostetrica e specialista in allattamento al seno, Portiuncula Hospital, Ballinasloe, Galway), Eileen O'Sullivan (IBCLC, Rathcoole, Dublino), Rosa Gardnier (Direttore, Infermiere di Salute Pubblica, South Tipperary), Jane Farren (La Leche League)
- Italia: Lucia Guidarelli, Patrizia Parodi, Sara Terenzi (Ministero della Salute), Michele Grandolfo, Serena Donati, Angela Giusti (Istituto Superiore di Sanità), Francesco Branca, Laura Rossi, Paola D'Acapito (Istituto Nazionale per la Nutrizione), Giuseppe Saggese (Società Italiana di Pediatria), Michele Gangemi (Associazione Culturale Pediatri), Pierluigi Tucci (Federazione Italiana Medici Pediatri), Giancarlo Bertolotti (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia), Maria Vicario (Federazione delle Ostetriche), Immacolata Dall'Oglio (Collegio delle Infermiere), Maria Ersilia Armeni (Associazione Italiana delle Consulenti Professionali per l'Allattamento Materno), Maria Rita Inglieri (La Leche League), Elise Chapin (MAMI), Marina Toschi, Barbara Grandi, Giovanna Scassellati (ANDRIA), Dante Baronciani (CeVEAS), Christoph Baker (Comitato Italiano per l'Unicef), Paola Ghiotti, Maria Pia Morgando (Piemonte), Marisa Bechaz (Valle d'Aosta), Maria Enrica Bettinelli (Lombardia), Silvano Piffer (Trentino), Leonardo Speri (Veneto), Claudia Giuliani (Friuli Venezia Giulia), Chiara Cuoghi (Emilia Romagna), Iginio Giani, Carla Bondi, Maria Giuseppina Cabras, Paolo Marchese Morello, Gherardo Rapisardi (Toscana), Paola Bellini, Maria Marri (Umbria), Giovanna De Giacomi, Valeria Rossi Berluti (Marche), Franca Pierdomenico (Abruzzo), Renato Pizzuti, Carmela Basile (Campania), Giuseppina Annichiarico, Flavia Petrillo (Puglia), Sergio Conti Nibali, Achille Cernigliaro (Sicilia), Antonietta Grimaldi (Sardegna)
 - Lettonia: Irena Kondrate (Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno, Ministero della Salute), Velga Brazneva (Dipartimento Politiche della Nutrizione), Iveta Pudule (Centro per la Promozione della Salute)
 - Lituania: Almantas Kranauskas, Roma Bartkeviciute e Daiva Sniukaite (Centro Nazionale di Nutrizione)
 - Lussemburgo: membri del Comitato Nazionale per l'Allattamento al Seno, inclusi rappresentanti del Ministero della Salute, pediatri, ginecologi, ostetriche, infermiere, infermiere pediatriche, ONG, gruppi d'appoggio alle madri, scuole d'infermeria; Marine Welter (Presidente, Associazione delle Ostetriche)
 - Malta: Yvette Azzopardi (Dipartimento Promozione della Salute), Maria Ellul (Ufficiale Scientifico)
 - Olanda: Adja Waelpunt e Ellen Out (Associazione delle Ostetriche), Sander Flikweert (Collegio dei Medici di Famiglia), Carla van der Wijden (Società di Ostetricia e Ginecologia), Y.E.C. van Sluys (Centro per la Nutrizione), J.G. Koppe (Ecobaby), R.J. Dortland e Alma van der Gref (Nutrizione e Protezione della Salute, Ministero della Salute, del Welfare e dello Sport), J.A.M. Hilgersson (Condizioni Lavorative e Assicurazione Sociale, Ministero degli Affari Sociali), Caterina Band (Associazione delle Consulenti in Allattamento)
 - Norvegia: Arnhild Haga Rimestad (Direttore, Consiglio Nazionale della Nutrizione), Bodil Blaker (Ministero della Salute), Elisabeth Helsing (Ufficio della Salute), Hilde Heimly e Britt Lande (Direzione per la Salute e gli Affari Sociali), Kirsten Berge (Organizzazione delle Infermiere di Salute Pubblica), Hedvig Nordeng (Istituto di Farmacoterapia), Anne Marie Pedersen (Sindacato delle Infermiere Pediatriche), Maalfrid Bjoernerheim (Organizzazione delle Infermiere ed Ostetriche), Anna-Pia Häggkvist (Terapia Intensiva Neonatale), Comitato Nazionale BFHI con membri delle associazioni ostetriche, pediatriche, ginecologiche, salute pubblica e gruppi di sostegno mamma-a-mamma; Gro Nylander, Liv-Kjersti Skjeggstad ed Elisabeth Tuft (Centro Nazionale per l'Allattamento al Seno, Ospedale Universitario Rikshospitalet, Oslo)
 - Polonia: Krystyna Mikiel-Kostyra (Istituto per la Madre ed il Bambino, Varsavia), Hania Szajewska (Dipartimento di Gastroenterologia Pediatrica e Nutrizione, Università di Varsavia)
 - Portogallo: membri del Comitato Nazionale per la BFHI e del Consiglio Nazionale per l'Alimentazione e la Nutrizione, Adelaide Orfão (Centro di Salute, Parede)
 - Romania: Camelia Parvan (Istituto di Salute Pubblica, Ministero della Salute)
 - Repubblica Slovacca: Katarina Chudikova (Ministero della Salute), Viera Hal'amová (Coordinatrice, BFHI)
 - Slovenia: Polonca Truden-Dobrin e Mojca Gabrijelcic-Blenkus (Istituto di Salute Pubblica), Borut Bratanič (Unità Neonatale, Centro Medico Universitario, Lubiana)
 - Spagna: Sagrario Mateu, José M^a Martín Moreno (Ministero della Salute e Consumo), Angel José Lopez Diaz, Cristina Pellicer (Asturie), Antonio Pallicer, Maria José Saavedra (Baleari), José M^a Arribas Andres, Carmeta Barios (Castiglia-Leon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Catalogna), M^a Dolores Rubio Lleonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José Maria Galan (Estremadura), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Temboury (Madrid), Jorge Suanzes Hernandez, Maria Dolores Romero (Galizia), Francisco Javier Sada Goñi, Carmen Galindez (Navarra), Luis Gonzales de Galdeano Esteban, José Arena (Paesi Baschi), Luis Ignacio Gomez Lopez, Maria Jesus Blasquez (Aragona), Manuel Escolano Puig, Ana Muñoz (Valenza), Francisco José Garcia Ruiz, José Antonio Navarro Alonso, M^a Isabel Espín, Fernando Hernandez Ramon (Murcia), M^a Antigua Escalera Urkiaga, Josefa Aguayo (Andalusia), Berta Hernandez, Rocio Hevia (Castiglia-La Mancha), Francisco Rivera Franco, Camino Vaquez, Marta Diaz (Canarie), Santiago Rodriguez Gil, Maria Luisa Ramos (Cantabria), Lluís Cabero i Roura (Presidente, BFHI), José Manuel Bajo Arenas (Presidente, SEGO), Alfonso Delgado Rubio (Presidente, AEP), Jesus Martin-Calama (AEP), M^a Angeles Rodriguez Rozalen (Associazione delle Ostetriche), Dolors Costa (Associazione

Catalana delle Ostetriche), M^a Carmen Gomez (Associazione delle Infermiere Pediatriche), Carlos Gonzales (ACPAM), José Arena (Comitato Nazionale, UNICEF)

- Svezia: Elisabeth Kylberg (Dipartimento per la Salute delle Donne e dei Bambini, Università di Uppsala), Kerstin Hedberg Nyqvist (Professore Associato di Infermeria Pediatrica, Dipartimento per la Salute delle Donne e dei Bambini, Università di Uppsala), AMNIS (Rete Svedese per l'Allattamento), Yngve Hofvander (BFHI), Annica Sohlström (Nutrizionista, Amministrazione Nazionale per gli Alimenti)
- Svizzera: Eva Bruhin e Clara Bucher (Fondazione per la Promozione dell'Allattamento al Seno)
- Gran Bretagna: Stewart Forsyth, Jim Chalmers, Linda Wolfson, Karla Napier (Gruppo Scozzese per l'Allattamento al Seno), Anthony F Williams (Professore e Consulente, Pediatria Neonatale, St George's Hospital Medical School, Londra), Mary Renfrew (Istituto di Ricerca Materno Infantile, Università di Leeds), Janet Fyle (Collegio delle Ostetriche), Fiona Dykes (Professore di Salute Materno Infantile, Dipartimento di Studi Ostetrici, Università del Central Lancashire, Preston), Jane Putsey e Phyll Buchanan (Rete per l'Allattamento al Seno), Fondazione Nazionale per la Nascita
- European Public Health Alliance (una rete di oltre 90 ONG europee per il sostegno della salute) e rete per l'ambiente dell'EPHA
- Elisabeth Geisel (ENCA, Rete Europea delle Associazioni per la Nascita)
- Rachel O'Leary e Constance A. Little (Consiglio Europeo de La Leche League)
- Wendy Brodribb (Presidente, International Board of Lactation Consultant Examiners, Australia)
- Gabriele Kewitz (Associazione Europea delle Consulenti in Allattamento al Seno)
- Madeleine Lehmann-Buri (ILCA, Associazione Internazionale delle Consulenti in Allattamento al Seno)
- Margot Mann (Direttrice per le Relazioni Esterne, ILCA)
- Adenike Grange (Presidente-Eletta, Associazione Internazionale di Pediatria)
- Philip O'Brien (Direttore Regionale, Ufficio Europeo, UNICEF)

Il Programma d'Azione è stato rivisto, durante il progetto Promozione dell'allattamento al seno in Europa: test pilota del programma d'azione, da:

- Maryse Arendt, IBCLC, Initiativ Liewensufank, Lussemburgo
- Tea Burmaz, Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale, Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italia
- Adriano Cattaneo, Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale, Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italia
- Elise Chapin, IBCLC, Osservatorio Regionale sull'Allattamento al Seno, Firenze, Italia
- Marie-José Communal, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Lione, Francia
- Maureen Fallon, National Breastfeeding Coordinator, Dublino, Irlanda
- Tine Jerris, IBCLC, National Breastfeeding Centre, Copenhagen, Danimarca
- Irène Loras-Duclaux, Département de Pédiatrie, Hôpital Mère-Enfant, Lione, Francia
- Irena Kondrate, National Breastfeeding Committee, Ministry of Health, Riga, Lettonia
- Marzena Kostuch, Department of Perinatology and Obstetrics, Clinical Hospital 4, Lublino, Polonia
- Catherine Massart, Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel, Bruxelles, Belgio
- Krystyna Mikiel-Kostyra, Institute of Mother and Child, Varsavia, Polonia
- Ingrid Nilsson, IBCLC, National Breastfeeding Centre, Copenhagen, Danimarca

La versione rivista del Programma d'Azione è stata riveduta, valutata e commentata dalle seguenti persone, associazioni e istituzioni:

- Anne Baerug, National Breastfeeding Centre, Oslo, Norvegia
- Vicky Benetou, Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Università di Atene, Grecia
- Janet Calvert, Breastfeeding Coordinator, Health Promotion Agency of Northern Ireland, Gran Bretagna
- Claibourne I. Dungy, Chair, International Board of Lactation Consultant Examiners, USA
- Monique Fey-Sunnen, infermiera pediatrica, Lussemburgo
- Corinne Lauterbour-Rohla, ostetrica, Lussemburgo
- Lida Lhotska, IBFAN/GIFA, Ginevra, Svizzera
- Elisabeth Kylberg, Department of Women's and Children's Health, Uppsala Children's Hospital, Svezia
- Ellen McIntyre, Chair Elect, International Board of Lactation Consultant Examiners, Australia
- Marjaana Pelkonen, Ministry of Social Affairs and Health, Finlandia
- Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, Ministry of Social Affairs and Health, Finlandia
- Constanza Vallenias, Child and Adolescent Health and Development, OMS, Ginevra, Svizzera
- Themis Zachou, pediatra e neonatologa, Atene, Grecia
- Irena Zakarija-Grkovic, IBCLC, National Breastfeeding Committee, Croazia

Allegato 1. La Strategia Globale per l’Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini

L’OMS e l’UNICEF hanno sviluppato assieme la Strategia Globale nel 2002, incorporandovi i risultati delle ultime ricerche, allo scopo di ravvivare l’interesse dei paesi sul bisogno urgente di proteggere, promuovere e sostenere l’allattamento al seno, e di migliorare, mediante un’alimentazione ottimale, lo stato di nutrizione, la crescita e lo sviluppo, la salute, e di conseguenza la sopravvivenza dei lattanti e dei bambini.

Lo sviluppo della Strategia Globale, nel corso di un processo durato due anni, è stato guidato da due principi: una solida base di evidenze scientifiche ed epidemiologiche, ed una partecipazione più vasta possibile. È stato concordato fin dall’inizio che la Strategia Globale approvasse e poggiasse sui risultati e sui successi passati e presenti, in particolare la BFHI (1991), il Codice Internazionale (1981) e la Dichiarazione degli Innocenti (1990).

La Strategia Globale dev’essere intesa come una guida per l’azione; i suoi obiettivi specifici sono: aumentare la consapevolezza sui problemi più importanti per l’alimentazione dei lattanti e dei bambini; identificare approcci per la loro soluzione e fornire un quadro di riferimento per interventi essenziali; aumentare l’impegno di governi, organizzazioni internazionali ed altri attori interessati a pratiche ottimali per l’alimentazione di lattanti e bambini; creare un ambiente favorevole per madri, famiglie ed altri fornitori di cure in ogni circostanza al fine di compiere e mettere in pratica scelte informate sulle pratiche ottimali per l’alimentazione di lattanti e bambini.

La Strategia Globale dev’essere tradotta in azioni. Vi sono prove convincenti nel mondo che i governi, con l’appoggio della comunità internazionale e di altri attori, cominciano a prendere sul serio i loro impegni a proteggere e promuovere la salute ed il benessere nutrizionale di lattanti, bambini e donne in gravidanza e allattamento.

I primi quattro dei nove obiettivi operativi della Strategia Globale riprendono quelli della Dichiarazione degli Innocenti (Allegato 3). Gli altri cinque sono:

5. Sviluppare, mettere in pratica, monitorare e valutare una politica complessiva sull’alimentazione dei lattanti e dei bambini nel contesto di politiche nazionali e di programmi per la nutrizione, la salute riproduttiva e dei bambini, e la riduzione della povertà.
6. Assicurare che il settore salute ed altri settori pertinenti proteggano, promuovano e sostengano l’allattamento al seno esclusivo per sei mesi e continuato fino a due anni ed oltre, fornendo alle donne l’accesso al sostegno di cui hanno bisogno in famiglia, nella comunità e sul posto di lavoro, per raggiungere questi obiettivi.
7. Promuovere una tempestiva, adeguata e sicura alimentazione complementare mentre continua l’allattamento.
8. Fornire una guida all’alimentazione dei lattanti e dei bambini in circostanze particolarmente difficili, e al sostegno relativo di cui hanno bisogno le madri, le famiglie ed altri fornitori di cure.
9. Considerare quali nuove leggi o altre misure adeguate siano necessarie, come parte di una politica complessiva sull’alimentazione del lattante e del bambino, per dare pieno effetto ai principi ed agli scopi del Codice Internazionale.

Allegato 2. Il Codice Internazionale

Il Codice Internazionale copre i sostituti del latte materno, inclusi “latte artificiale, altri prodotti a base di latte, alimenti e bevande che possono essere usate parzialmente o totalmente come sostituti del latte materno, biberon e tettarelle”, ed è stato adottato nel 1981 dalla maggioranza degli Stati Membri dell’Assemblea Mondiale della Salute (AMS) per contenere il marketing aggressivo del latte artificiale ed i conseguenti aumenti della mortalità infantile. Dopo la sua adozione, le compagnie produttrici hanno sviluppato ed hanno iniziato a commercializzare i latti di proseguimento, per assicurare la continua visibilità dei loro marchi e prodotti. In risposta a ciò, l’AMS del 1986 ha votato una Risoluzione che chiarisce che non vi è nessun bisogno clinico per questi latti, e che i bambini alimentati artificialmente dovrebbero continuare con le formule di partenza fino a 12 mesi, per poi ricevere latte vaccino non modificato, assieme ad altri alimenti nutritivi usati in famiglia.

Successive Risoluzioni dell’AMS hanno aggiornato e chiarito come necessario il Codice Internazionale, prendendo in considerazione nuove scoperte scientifiche e tendenze commerciali e di marketing. Queste Risoluzioni hanno lo stesso valore del Codice Internazionale, come riaffermato da una lettera d’appoggio tecnica del segretariato dell’OMS.

Le più importanti disposizioni del Codice Internazionale e delle successive Risoluzioni sono:

1. I governi hanno la responsabilità di fornire informazioni sull’alimentazione infantile. La donazione di materiali informativi da parte di produttori o distributori dovrebbe avvenire solo su richiesta e con l’approvazione scritta dell’autorità di governo appropriata.
2. Non dev’esserci pubblicità rivolta al pubblico di sostituti del latte materno.
3. Non dev’esserci distribuzione di campioni gratuiti, diretta o indiretta, alle madri e alle famiglie.
4. Non devono esserci contatti diretti o indiretti tra rappresentanti delle compagnie e madri.
5. Non devono esserci regali o campioni di prodotti per gli operatori sanitari. I campioni forniti possono servire solo a scopo di valutazione professionale o ricerca a livello istituzionale. Gli operatori non devono consegnare campioni a donne in gravidanza o madri di lattanti e bambini.
6. L’informazione per gli operatori dev’essere scientifica e fattuale.
7. Il sostegno finanziario delle compagnie agli operatori non deve creare conflitti d’interesse.
8. Tutte le informazioni alle madri devono includere i benefici dell’allattamento al seno e i costi e pericoli dell’alimentazione artificiale.
9. Non dev’esserci promozione di prodotti coperti dal Codice Internazionale nelle strutture sanitarie, inclusa la consegna di forniture gratuite o a basso costo.
10. Non devono essere usati termini come “umanizzato”, “maternizzato” o simili, oltre a immagini e testi che idealizzino l’alimentazione artificiale, nelle etichette dei prodotti.
11. Le asserzioni su salute e nutrizione non sono permesse, eccetto quando specificato nelle leggi e nei regolamenti nazionali.

L’attuazione del Codice Internazionale dipende dall’incorporazione in leggi nazionali e/o locali, e da misure atte a farle rispettare. Il Codice Internazionale, tuttavia, stabilisce che, indipendentemente da ciò, le compagnie debbano verificare le loro pratiche di marketing per renderle conformi ai principi e agli scopi del Codice Internazionale. Sebbene la sponsorizzazione di programmi ed operatori sanitari, inclusa la formazione, non sia proibita

dal Codice Internazionale, due Risoluzioni dell'AMS nel 1996 e nel 2005 mettono in guardia contro il conflitto d'interesse conseguente a ciò. Gli operatori sanitari possono pensare di essere immuni rispetto alle attività di promozione commerciale. Ricerche condotte nel campo delle scienze sociali mostrano che non è così: anche piccoli regali possono avere un effetto.

Il Codice Internazionale non proibisce la vendita di sostituti del latte materno, ma ne regola il marketing. La pubblicità e la promozione di un prodotto in vendita può essere una pratica accettata nel mondo del commercio, ma il marketing dei sostituti del latte materno influenza negativamente l'inizio e la durata dell'allattamento al seno e non può essere trattato come il marketing di qualsiasi altro prodotto. I bassi tassi di allattamento in tutto il mondo sono una grave preoccupazione di salute pubblica, e gli sforzi per migliorarli non devono competere con quelli delle compagnie, in possesso di strumenti di marketing sempre più sofisticati e di grossi budget.

In quanto difensori della salute, oltre a premere sui governi per azioni miranti ad aumentare i tassi di allattamento, gli operatori sanitari hanno delle responsabilità rispetto alle disposizioni del Codice Internazionale. Essi possono assicurare che le strutture sanitarie non siano usate per la promozione commerciale. Possono fare il monitoraggio e notificare le violazioni alle autorità competenti, come raccomandato dall'AMS. Infine, gli operatori devono familiarizzarsi con lo spirito e le disposizioni del Codice Internazionale in modo da non facilitare, anche inavvertitamente, le violazioni, a detrimento della salute della loro comunità.

L'UE ha tradotto il Codice Internazionale in una direttiva della Commissione Europea la prima volta nel 1991 (direttiva 91/321/EEC). Questa direttiva era ben lungi dall'incorporare interamente il Codice Internazionale, in quanto si applicava solo ai lattanti di partenza e di proseguimento e si limitava al marketing per i lattanti sotto i quattro mesi d'età. Nel dicembre del 2006 la Commissione Europea ha emanato la direttiva 2006/141/EC, che aggiorna e sostituisce quella del 1991. Essa rappresenta però solo un piccolo miglioramento: estende le restrizioni del marketing fino ai sei mesi. Quasi allo stesso tempo, la Commissione Europea ha emanato la direttiva 2006/125/EC sugli alimenti industriali per bambini a base di cereali. L'articolo 8.1.a di questa direttiva stabilisce che le etichette di questi prodotti possano riportare un'indicazione sull'età appropriata per il loro uso; aggiunge che "l'età non sarà inferiore a quattro mesi", contraddicendo così molte raccomandazioni nazionali per l'allattamento al seno esclusivo fino a sei mesi. Le direttive della Commissione Europea devono poi essere tradotte in leggi e regolamenti nazionali da tutti gli Stati Membri.

Allegato 3. La Dichiarazione degli Innocenti

The Dichiarazione del 1990 su Protezione, Promozione e Sostegno dell'Allattamento

Il 1° agosto del 1990, a Firenze, rappresentanti di 30 governi adottarono la Dichiarazione degli Innocenti, un documento che stabiliva nuovi obiettivi strategici per proteggere, promuovere e sostenere più efficacemente l'allattamento al seno. I quattro obiettivi operativi della Dichiarazione erano:

1. Nominare un coordinatore nazionale e mettere in piedi un comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento al seno.
2. Garantire che ogni struttura sanitaria con servizi di maternità metta pienamente in pratica i 10 Passi per Allattare al Seno con Successo.
3. Dare pieno effetto ai principi ed agli scopi del Codice Internazionale.
4. Mettere in atto una legislazione per proteggere il diritto ad allattare delle donne che lavorano, e stabilire come farla rispettare.

La Dichiarazione degli Innocenti del 2005 sull'Alimentazione dei Lattanti e dei Bambini

Il 22 novembre del 2005, sempre a Firenze, si tenne una riunione celebrativa dal titolo "Celebrando la Dichiarazione degli Innocenti 1990-2005: risultati, sfide ed imperativi futuri". I delegati a questa riunione adottarono la Dichiarazione del 2005. Questa include molte azioni urgenti e necessarie ad assicurare il migliore inizio alla vita per i bambini, la realizzazione dei diritti di donne e bambini, e il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio per il 2015. La Dichiarazione identifica i ruoli e le responsabilità dei diversi attori o pone l'enfasi sulla necessità di attenersi a queste responsabilità per realizzare un ambiente che permetta a madri, famiglie ed altri fornitori di cure di prendere decisioni informate sull'alimentazione ottimale dei bambini. Questo richiamo all'azione include:

Tutti:

1. Conferire potere alle donne.
2. Sostenere l'allattamento al seno in quanto normale.
3. Mettere in luce i rischi dell'alimentazione artificiale.
4. Assicurare la nutrizione e la salute delle donne in tutto il ciclo vitale.
5. Proteggere l'allattamento al seno nelle emergenze, senza interromperlo, con alimentazione complementare appropriata, ed evitando la distribuzione di sostituti del latte materno.
6. Mettere in pratica le linee guida dell'OMS per l'alimentazione in caso di HIV/AIDS.

Tutti i governi:

7. Istituire o rinforzare autorità nazionali per l'alimentazione infantile, con comitati e gruppi di coordinamento liberi da influenze commerciali e conflitti d'interesse.
8. Rivitalizzare la BFHI, espandendola fino ad includere reparti di maternità, neonatologia, pediatria e servizi per la salute del bambino nella comunità.
9. Attuare tutte le disposizioni del Codice Internazionale nella loro integralità come requisito minimo, e farlo rispettare con meccanismi per prevenirne e/o affrontarne il non rispetto.
10. Adottare leggi per la protezione della maternità che facilitino l'allattamento al seno esclusivo per sei mesi.
11. Garantire che linee guida appropriate e acquisizione delle competenze necessarie siano incluse nella formazione sia di base sia continua di tutti gli operatori, perché forniscano

standard elevati di gestione e counselling per l'allattamento al seno e l'alimentazione complementare.

12. Fare in modo che tutte le madri siano consapevoli dei loro diritti ed abbiano accesso a sostegno, informazione e counselling.
13. Istituire sistemi di monitoraggio sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini.
14. Incoraggiare i media a sostenere l'allattamento al seno come la norma, presentando immagini positive e partecipando alle attività delle settimane mondiali per l'allattamento.
15. Prendere misure per proteggere le popolazioni, specialmente le donne in gravidanza e allattamento, dagli inquinanti ambientali e dai residui chimici.
16. Identificare ed assegnare risorse per realizzare le azioni raccomandate dalla Strategia Globale.
17. Verificare i progressi e rendicontarne periodicamente.

Tutti i produttori e distributori di prodotti coperti dal Codice Internazionale:

18. Assicurare il pieno rispetto di tutte le disposizioni del Codice Internazionale e successive pertinenti Risoluzioni dell'AMS in tutti i paesi.
19. Garantire che tutti gli alimenti industriali per lattanti e bambini siano conformi ai relativi standard del Codex Alimentarius.

Organizzazioni multi- e bilaterali ed istituzioni finanziarie internazionali:

20. Riconoscere che un allattamento ed un'alimentazione complementare ottimali sono essenziali per ottenere salute fisica, intellettuale ed emozionale a lungo termine in tutti i popoli, e che pratiche alimentari inappropriate, e le loro conseguenze, sono il maggiore ostacolo alla riduzione della povertà e ad uno sviluppo socioeconomico sostenibile.
21. Identificare ed assegnare risorse umane e finanziarie sufficienti per sostenere i governi nel formulare, mettere in pratica, monitorare e valutare politiche e programmi sull'alimentazione ottimale dei lattanti e dei bambini e la BFHI.
22. Aumentare l'appoggio tecnico ed il sostegno al miglioramento della capacità nazionale in tutte le aree di lavoro preconizzate dalla Strategia Globale.
23. Dare appoggio alla ricerca operativa.
24. Incoraggiare l'inclusione di programmi per migliorare l'allattamento al seno e l'alimentazione complementare nelle strategie di riduzione della povertà e nei piani di sviluppo del settore salute.

Organizzazioni non-governative di pubblico interesse:

25. Dar maggiore priorità alla protezione, promozione e sostegno a pratiche di alimentazione ottimali, inclusa la formazione di operatori sanitari e di comunità, ed aumentarne l'efficacia mediante cooperazione e sostegno mutuo.
26. Prestare attenzione ad attività incompatibili con i principi del Codice Internazionale, affinché le violazioni possano essere affrontate con efficacia in accordo con le leggi ed i regolamenti nazionali.
27. Fare in modo che ogni collaborazione sia governata da linee guida appropriate e focalizzate verso azioni chiaramente identificate, in linea con principi che permettano di evitare conflitti d'interesse e influenze commerciali indebite.

La Dichiarazione degli Innocenti del 2005 è stata avallata dalla Sessione Annuale del 2006 del Comitato Permanente dell'ONU sulla Nutrizione, e l'AMS del 2006 ha chiesto agli Stati Membri di appoggiare le azioni contenute nel Richiamo all'Azione (Risoluzione 59.21).

Allegato 4. La Baby Friendly Hospital Initiative

La BFHI, lanciata nel 1991, è la strategia di intervento principale di UNICEF e OMS per rafforzare la capacità dei sistemi sanitari nazionali, regionali e locali di proteggere e sostenere l'allattamento al seno. La BFHI è stata incorporata nelle iniziative per migliorare le pratiche nei servizi di maternità in tutto il mondo ed ha mostrato di poter contribuire ad ottenere significativi miglioramenti nei tassi di allattamento e nelle relative pratiche ovunque sia stata applicata. L'UNICEF e l'OMS accreditano gli ospedali come "Baby Friendly" quando questi hanno modificato politiche e pratiche in modo tale da soddisfare i rigorosi criteri di valutazione della BFHI. Un ospedale Baby Friendly è quello in cui i 10 Passi per Allattare al Seno con Successo sono lo standard per l'assistenza materno infantile, allo scopo di proteggere, promuovere e sostenere efficacemente l'allattamento al seno esclusivo fin dalla nascita.

Le linee guida originali della BFHI furono sviluppate nel 1992 dall'UNICEF e da WellStart International. Sono state riviste nel 2006. Questi sono i 10 Passi:

1. Avere un protocollo scritto regolarmente comunicato a tutto il personale.
2. Formare tutto il personale sulle competenze necessarie a mettere in pratica il protocollo.
3. Informare tutte le gravide sui benefici e la gestione dell'allattamento al seno.
4. Aiutare le madri ad iniziare ad allattare entro mezz'ora dalla nascita.
5. Mostrare a tutte le madri come allattare e come mantenere la lattazione anche in caso di separazione dal neonato.
6. Non dare al neonato altri alimenti o bevande, oltre al latte materno, senza un'indicazione medica.
7. Praticare il rooming in – permettere alle madri e ai neonati di stare assieme - 24 ore al giorno.
8. Incoraggiare l'allattamento a libera domanda.
9. Non usare ciucci o succhiotti nei neonati allattati al seno.
10. Promuovere l'istituzione di gruppi di sostegno dell'allattamento al seno e riferirvi le madri dopo la dimissione.

Il pacchetto rivisto della BFHI, disponibile su internet,^x include:

- Documenti di riferimento e una guida all'implementazione.
- Un corso per gestori ed amministratori su come rafforzare e sostenere la BFHI.
- Un corso di 20 ore per il personale della maternità sulla promozione e il sostegno dell'allattamento al seno in un ospedale Baby Friendly, che include un modulo sull'impatto delle pratiche di assistenza al parto sull'allattamento ed un modulo per le aree ad alta prevalenza di HIV.
- Uno strumento per l'autovalutazione degli ospedali.
- Linee guida e strumenti per la valutazione e rivalutazione esterna (disponibile solo per i valutatori).

In molti paesi, la BFHI è stata complementata da altre iniziative miranti a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento:

- Prima e dopo il parto nei servizi di assistenza primaria e di comunità.
- Per neonati ammalati e pretermine negli ospedali.

Non ci sono ancora criteri o linee guida globali per queste iniziative, perché ogni progetto nazionale ha sviluppato i suoi in base alla situazione e all'organizzazione locali dei servizi.

^x www.unicef.org/nutrition/index_24850.html o www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html

Allegato 5. I piani e le politiche dell'OMS Europea per gli alimenti e la nutrizione

L'OMS Europea ha già emanato, con l'approvazione di tutti gli Stati Membri, due Piani d'Azione per le Politiche degli Alimenti e la Nutrizione. Il secondo è stato pubblicato nel settembre 2007 e copre il periodo tra il 2007 e il 2012. Riconoscendo che questo Programma d'Azione rappresenta un importante documento che indica direzioni strategiche per l'azione, questo piano definisce obiettivi di salute, nutrizione e sicurezza alimentare, e suggerisce un insieme coerente di azioni integrate, che si estendono a differenti settori governativi ed attori pubblici e privati, che gli Stati Membri possono considerare di includere nelle loro politiche e piani nazionali. Sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini, il piano riconosce che l'allattamento al seno esclusivo fino a sei mesi e la tempestiva introduzione di alimenti complementari sicuri ed appropriati mentre continua l'allattamento fino a due anni può ridurre il fardello di malattie a breve a lungo termine, e raccomanda di:

- Promuovere una nutrizione fetale ottimale assicurando una buona nutrizione materna prima del concepimento, istituendo schemi di sostegno per i gruppi di basso livello socioeconomico, e fornendo supplementi di micronutrienti quando necessario.
- Proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno mediante:
 - La revisione delle linee guida esistenti.
 - L'applicazione dei criteri della BFHI.
 - La messa in pratica ed il rispetto del Codice Internazionale.
 - Permessi parentali adeguati, pause per l'allattamento ed orari flessibili per sostenere le lavoratrici durante l'allattamento e la prima infanzia.

In modo che almeno il 50% dei bambini siano allattati esclusivamente al seno fino a sei mesi e continuino con l'allattamento fino ad almeno 12 mesi.

- Intraprendere iniziative di comunità per assicurare adeguati alimenti complementari, introiti sufficienti di micronutrienti, e cure nutrizionali appropriate per i bambini, soprattutto quelli che vivono in circostanze particolarmente difficili. Quando si usa la fortificazione con micronutrienti, se ne devono monitorare impatto e rischi potenziali, e si devono evitare conflitti d'interesse per l'allattamento al seno esclusivo.
- Promuovere lo sviluppo di politiche per la nutrizione e la sicurezza alimentare in età pre-scolare e scolare, incluso il miglioramento dei curricula educativi sulla nutrizione, la formazione degli insegnanti, lo sviluppo di linee guida per le mense scolastiche, e la messa a disposizione di opzioni alimentari salutari.

Inoltre, il piano raccomanda di intraprendere azioni integrate per affrontare i determinanti di una nutrizione inadeguata e insalubre.

Allegato 6. La Convenzione 183 dell'OIL sulla Protezione della Maternità

Questa Convenzione riguarda la Revisione della Convenzione sulla Protezione della Maternità del 1952. Per promuovere ulteriormente l'eguaglianza di tutte le donne lavoratrici e la salute e la sicurezza di mamme e bambini, e prendendo in considerazione la situazione di queste donne e la necessità di proteggerle durante la gravidanza, una responsabilità condivisa da governi e società civile, la Convenzione 183 è stata stipulata il 15 giugno 2000. I punti rilevanti per gli stati che la ratificano, nel qual caso diventano legalmente vincolanti, sono:

- La Convenzione si applica a tutte le donne lavoratrici, incluse quelle con forme atipiche di lavoro dipendente.
- Ogni paese fa una lista delle categorie di lavoratrici escluse e delle ragioni di esclusione.
- Successivamente, ogni paese descriverà le misure prese in vista di una progressiva estensione dei benefici della Convenzione anche a queste categorie.

Protezione della salute:

- Ogni paese adotterà misure appropriate per garantire che le donne in gravidanza o allattamento non siano obbligate a svolgere lavori per i quali si sia stabilito che vi è un pericolo per la salute della madre o del bambino.

Licenza di maternità

- All'esibizione di un certificato medico che dichiara la data presunta del parto, la donna cui si applica questa Convenzione avrà diritto ad una licenza di maternità non inferiore a 14 settimane.
- Ogni paese potrà successivamente depositare presso il Direttore Generale dell'OIL una dichiarazione per un'estensione della licenza di maternità.
- Per proteggere la salute della madre e del bambino, la licenza di maternità dovrà includere un periodo di sei settimane obbligatorio dopo la nascita.
- La porzione prenatale della licenza di maternità sarà estesa per il tempo intercorrente tra la data presunta e quella reale del parto, senza nessuna riduzione del periodo obbligatorio postnatale.

Indennità

- Saranno forniti alla madre in licenza di maternità delle indennità.
- Queste indennità saranno di un livello tale da assicurare che la donna possa mantenere se stessa e il bambino in condizioni appropriate di salute e standard di vita.
- La quantità dell'indennità non sarà inferiore a due terzi del salario anteriore.
- Se una donna non soddisfa le condizioni per ottenere l'indennità, avrà diritto ad un adeguato compenso dai fondi sociali per l'assistenza.
- La lavoratrice avrà diritto alle spese mediche per sé e per il bambino, inclusa l'assistenza prenatale, postnatale e pediatrica, anche in caso di ospedalizzazione.
- Per proteggere le lavoratrici in situazioni di libero mercato del lavoro, le indennità per la licenza di maternità saranno pagate da fondi pubblici o assicurazioni sociali.

Protezione dell'impiego e non-discriminazione

- Sarà illegale per un datore di lavoro terminare il rapporto di impiego di una donna durante la gravidanza o la licenza di maternità o durante un periodo successivo al rientro al lavoro, eccetto che per ragioni non relazionate con la gravidanza, il parto e le sue conseguenze, o l'alimentazione e la salute del bambino.
- La lavoratrice ha diritto a tornare al lavoro nella stessa posizione o in posizione equivalente, e con lo stesso salario, alla fine della licenza di maternità.

Madri che allattano al seno

- La madre ha diritto ad una o più pause giornaliere, o a riduzioni dell'orario di lavoro giornaliero, per allattare il proprio bambino.
- Il periodo in cui sono permesse queste pause o riduzioni d'orario, il loro numero, la durata e le procedure collegate saranno determinate con leggi ed accordi nazionali. Queste pause o riduzioni d'orario saranno considerate a tutti gli effetti, anche salariali, come ore lavorative.

Dopo la Convenzione 183, l'OIL ha adottato la Raccomandazione 191, con linee guida e suggerimenti su come raggiungere standard più elevati di protezione della maternità.

Allegato 7. Formato per un'analisi della situazione

Le tavole che seguono mettono in luce gli obiettivi raccomandati da questo Programma d'Azione (colonna a sinistra) accanto ai progressi del paese (colonna di destra).

Paese: Periodo da: a: Data:

| Politiche | Politiche |
|--|------------------|
| 1.1.1 Politiche nazionali imperniate sulla Strategia Globale | |
| 1.1.2 Politiche che si concentrano sulle ineguaglianze e lo svantaggio sociale | |
| 1.1.3 Raccomandazioni e linee guida emanate da associazioni professionali | |

| Piani | Piani |
|--|--------------|
| 1.2.1 Priorità, obiettivi e mete stabiliti | |
| 1.2.2 Piani strategici a lungo termine, valutazione e ripianificazione | |
| 1.2.3 Piani operativi a breve termine, monitoraggio e ripianificazione | |
| 1.2.4 Iniziative coordinate con altri piani ed attività di salute pubblica e promozione della salute | |
| 1.2.5 Sistema di monitoraggio con definizioni e metodi standard | |
| 1.2.6 Informazioni su variabili sociali per affrontare le ineguaglianze e la deprivazione | |
| 1.2.7 Risultati pubblicati, disseminati ed usati nella ripianificazione | |

| Gestione | Gestione |
|--|-----------------|
| 1.3.1 Coordinatore nazionale | |
| 1.3.2 Comitato nazionale | |
| 1.3.3 Continuità di azione del coordinatore e del comitato | |
| 1.3.4 Monitoraggio e valutazione dei risultati del piano nazionale | |

| Finanziamento | Finanziamento |
|---|----------------------|
| 1.4.1 Adeguate risorse umane e finanziarie | |
| 1.4.2 Nessun finanziamento da produttori e distributori di prodotti coperti dal Codice Internazionale | |

| CCSC (individui) | CCSC (individui) |
|---|-------------------------|
| 2.1.1 Offerta di counselling individuale faccia-a-faccia da parte di personale o peer counsellors formate | |
| 2.1.2 Materiali accurati e coerenti con le politiche nazionali | |
| 2.1.3 Materiali sull'uso del latte materno come indicatore di inquinamento ambientale | |
| 2.1.4 Bisogni di informazione e competenze dei gruppi di donne con minori probabilità di allattare identificati ed affrontati (identificare i gruppi) | |
| 2.1.5 Bisogni di altri componenti della famiglia identificati ed affrontati | |
| 2.1.6 Nessuna distribuzione di materiali di marketing da fonti inappropriate | |
| 2.1.7 Monitoraggio e valutazione della copertura, qualità ed efficacia dei materiali e delle attività di CCSC | |

| CCSC (collettività) | CCSC (collettività) |
|---|----------------------------|
| 2.2.1 Pacchetti di CCSC coerenti con le politiche nazionali sviluppati per servizi sanitari e sociali, per la scuola e per i media | |
| 2.2.2 Allattamento al seno esclusivo per sei mesi e continuato fino a due anni presentato come normale | |
| 2.2.3 Settimane dell'allattamento al seno usate come occasione per stimolare il dibattito pubblico e i media, e per diffondere informazioni | |
| 2.2.4 Monitorare, informare e usare tutti i media per assicurare che l'allattamento al seno sia rappresentato come la norma | |

| | |
|---|--|
| 2.2.5 Monitoraggio di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti del pubblico sull'importanza dell'allattamento al seno ed i modi per proteggerlo e sostenerlo | |
|---|--|

| | |
|---|---------------------------|
| Formazione di base | Formazione di base |
| 3.1.1. Sviluppo o aggiornamento di standard per la formazione pre- e post-laurea sull'allattamento al seno per garantire competenze nel gestire la lattazione | |
| 3.1.2. Letteratura e i libri di testo rivisti per garantire che siano in linea con le politiche e linee guida pratiche | |

| | |
|--|----------------------------|
| Formazione continua | Formazione continua |
| 3.2.1. Educazione continua interdisciplinare basata sui corsi OMS e UNICEF o su altri corsi di provata efficacia offerta a tutto il personale di prima linea | |
| 3.2.2. Libri di testo e materiali didattici esistenti rivisti | |
| 3.2.3. Corsi avanzati di gestione dell'allattamento al seno incoraggiati | |
| 3.2.4. Reti tra specialisti in allattamento al seno istituite | |
| 3.2.5. Monitoraggio di copertura ed efficacia della formazione continua | |

| | |
|---|--------------------------|
| Strategia globale | Strategia Globale |
| 4.1.1. Politiche e piani basati sulla Strategia Globale dell'OMS e sui Piani d'Azione dell'Ufficio Europeo dell'OMS messi in atto | |
| 4.1.2. Politiche e i piani per l'allattamento al seno comunicati le a tutti le istituzioni, gruppi e organizzazioni interessate | |
| 4.1.3. Monitoraggio dei progressi e valutazione dei risultati di politiche e piani | |

| | |
|---|------------------------------|
| Codice Internazionale | Codice Internazionale |
| 4.2.1. Nuove direttive dell'UE compatibili con il Codice Internazionale come requisito minimo | |

| | |
|--|--|
| <p>4.2.2. Codice Internazionale rispecchiato nella posizione dell'UE alle riunioni del Codex Alimentarius</p> <p>4.2.3. Leggi nazionali sul Codice Internazionale e meccanismi per farle rispettare sviluppati</p> <p>4.2.4. Piena attuazione del Codice Internazionale, indipendentemente dalle direttive dell'UE</p> <p>4.2.5. Informazione per operatori sanitari sulle loro responsabilità nei confronti del Codice Internazionale</p> <p>4.2.6. Codici etici di condotta per la sponsorizzazione individuale ed istituzionale di corsi, materiali didattici, congressi ed altre attività</p> <p>4.2.7. Informazione al pubblico sui principi e gli scopi del Codice Internazionale</p> <p>4.2.8. Eliminazione della distribuzione gratuita di latte artificiale alle famiglie di basso reddito, sostituita da iniziative per promuovere l'allattamento al seno</p> <p>4.2.9. Sistema di monitoraggio del rispetto del Codice Internazionale, con misure contro le violazioni e informazione al pubblico e alle autorità</p> | |
|--|--|

| Legislazione per le madri che lavorano | Legislazione per le madri che lavorano |
|--|---|
| <p>4.3.1. Leggi ampliate per sostenere le madri a raggiungere gli standard raccomandati per l'allattamento al seno</p> <p>4.3.2. Sostegno legislativo sufficiente a permettere l'allattamento al seno esclusivo per sei mesi e continuarlo anche dopo</p> <p>4.3.3. Provvedimenti per la protezione della maternità estesi alle lavoratrici che non ne godono (contratti brevi, a part time, etc)</p> <p>4.3.4. Datori di lavoro, operatori sanitari e pubblico informati sulle leggi per la</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>protezione della maternità per donne in gravidanza e allattamento</p> <p>4.3.5. Datori di lavoro informati dei benefici e delle facilitazioni per l'allattamento al seno (orario flessibile, pause per allattare, possibilità di spremere e conservare il latte)</p> <p>4.3.6. Monitoraggio dell'attuazione delle leggi sulla protezione della maternità, in relazione all'allattamento al seno</p> | |
|--|--|

| Iniziativa Ospedale Amico del Bambino | Iniziativa Ospedale Amico del Bambino |
|---|--|
| <p>4.4.1. Collaborazione a tutti i livelli per mettere in pratica la BFHI in quanto standard d'eccellenza (governi, autorità sanitarie, ONG, servizi per maternità e infanzia)</p> <p>4.4.2. Risorse (fondi, personale, tempo) e supporto tecnico per la formazione e la valutazione</p> <p>4.4.3. Ospedali non Baby Friendly che mettono in pratica gli standard migliori</p> <p>4.4.4. Criteri BFHI incorporati nel sistema nazionale di accreditamento</p> <p>4.4.5. Approccio sistematico alla comunicazione di informazioni sull'allattamento al seno durante le cure prenatali compatibile con la BFHI</p> <p>4.4.6. Padri e famiglie coinvolti per assicurare sostegno appropriato a casa</p> <p>4.4.7. Collaborazione tra ospedali e altre istituzioni sanitarie per assicurare un adeguato sostegno e counselling per l'allattamento al seno (10° Passo)</p> <p>4.4.8. Formazione adeguata e sostegno nelle comunità e nei servizi sociali</p> <p>4.4.9. Attuazione delle pratiche Baby Friendly al di là dell'assistenza alla maternità (comunità, servizi sociali, reparti pediatrici,</p> | |

| | |
|--|--|
| post) di lavoro) | |
| 4.4.10. Protocolli basati sugli standard BFHI per valutare ospedali e servizi di salute primaria | |

| Sostegno da operatori sanitari formati | Sostegno da operatori sanitari formati |
|--|---|
| <p>4.5.1 Personale dei servizi sanitari e sociali, volontari compresi, capace di rafforzare le abilità e la fiducia in se stesse delle madri</p> <p>4.5.2 Acquisizione da parte del personale di conoscenze specialistiche e competenze per la soluzione dei problemi</p> <p>4.5.3 Servizi di sostegno all'allattamento, compresa l'assistenza fornita da consulenti in allattamento adeguatamente qualificate o da altro personale con le competenze necessarie, garantiti</p> <p>4.5.4 Offerta di sostegno alle madri di neonati ammalati o prematuri per dare latte materno o latte materno donato, comprese spese di viaggio e/o alloggio se necessario</p> <p>4.5.5 Centri d'eccellenza nazionali e regionali per l'allattamento come risorsa per madri ed operatori sanitari, incluso l'accesso a internet</p> <p>4.5.6 Assistenza per le donne che interrompono l'allattamento prima di quanto desiderato o programmato, per esaminare le cause, ridurre i sentimenti di perdita e per aiutarle ad allattare più a lungo con un altro bambino</p> <p>4.5.7 Feedback per gli utenti sul sostegno e le informazioni sull'allattamento al seno</p> | |

| | |
|--|--|
| Sostegno da parte di peer counsellor formate e gruppi mamma-a-mamma | Sostegno da parte di peer counsellor formate e gruppi mamma-a-mamma |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>4.6.1 Costituzione e/o aumento del numero di peer counsellors formate e di gruppi mamma-a-mamma, in particolare per donne che hanno minori probabilità di allattare</p> <p>4.6.2 Sviluppo o aggiornamento di curricula per la formazione di peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma</p> <p>4.6.3 Collaborazione e comunicazione tra operatori sanitari e peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma</p> | |
|---|--|

| Sostegno in famiglia, nella collettività e al lavoro | Sostegno in famiglia, nella collettività e al lavoro |
|--|---|
| <p>4.7.1 Informazioni e sostegno alle madri che allattano, ai partner e alle famiglie, incluse le reti d'appoggio</p> <p>4.7.2 Sostegno familiare mediante progetti educativi locali e programmi comunitari basati sulla collaborazione tra servizi pubblici e volontariato</p> <p>4.7.3 Bisogni specifici di sostegno delle donne in circostanze difficili o gruppi speciali di donne (adolescenti, immigrate etc.) identificati ed affrontati</p> <p>4.7.4 Istituzione di politiche ed agevolazioni favorevoli all'allattamento al seno e protezione del diritto delle donne ad allattare quando e dove ne abbiano bisogno</p> | |

| Ricerca | Ricerca |
|--|----------------|
| <p>6.1.1 Ricerca sull'allattamento al seno basata su programmi e priorità convenuti, usando definizioni concordate, e libera da interessi commerciali e conflitti d'interesse</p> <p>6.1.2 Scambi d'esperienza e competenza in ricerca sull'allattamento al seno tra istituti di ricerca di paesi membri dell'UE</p> | |

Osservazioni:

Allegato 8. Modello di politica nazionale sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini

- L'allattamento al seno è un diritto che ciascuno deve rispettare e proteggere aiutando le famiglie a metterlo in pratica; le madri, tuttavia, non devono essere obbligate ad allattare, perché esercitare su di loro una pressione non richiesta ad allattare è tanto inaccettabile quanto esercitare una pressione non richiesta a scegliere l'alimentazione artificiale.
- A tutti i genitori in attesa saranno fornite informazioni sull'alimentazione dei bambini obiettive (cioè indipendenti da interessi commerciali) e basate su prove d'efficacia, per garantire che possano prendere decisioni informate.
- Tutte le madri che decidono di allattare riceveranno adeguato sostegno per iniziare, per allattare in maniera esclusiva fino a sei mesi, e per continuare, con appropriata alimentazione complementare, fino a due anni ed oltre, o fino a che la madre ed il bambino lo desiderino.
- Un sostegno speciale sarà offerto a individui, gruppi e comunità svantaggiate, con tassi di allattamento inferiori alla media e pratiche inadeguate di alimentazione dei bambini.
- Non esistendo prove della superiorità o dell'equivalenza dell'alimentazione artificiale rispetto all'allattamento al seno, gli operatori sanitari eviteranno di raccomandarla come un'alternativa o un'integrazione dell'allattamento stesso, salvo indicazioni mediche giustificate.
- Tutte le donne in attesa e le madri saranno informate sull'alimentazione ottimale del bambino ed avranno accesso ad un counselling personalizzato nel periodo prenatale e dopo il parto.
- Sarà fatto ogni sforzo per aiutare le madri lavoratrici ad allattare in maniera esclusiva fino a sei mesi ed a continuare fino a che lo desiderino, con adeguata alimentazione complementare.
- Prima che i loro figli arrivino ai sei mesi, tutti i genitori riceveranno informazioni e consigli sugli alimenti complementari adeguati e su come e quando introdurli nella dieta.
- Dopo i sei mesi, a tutti i genitori sarà consigliato di introdurre, aumentandone gradualmente frequenza, consistenza e varietà, cibi familiari sani, adattandoli ai bisogni ed alle abilità del bambino, ed evitando bevande zuccherate e di basso valore nutritivo.
- Tutti gli ospedali, le maternità e i servizi sanitari di primo livello adotteranno e metteranno in pratica strategie efficaci per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno, come quelle incluse nell'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini.
- Tutti gli operatori sanitari e sociali che si occupano di madri, lattanti e bambini devono acquisire la preparazione, la formazione e le competenze pratiche necessarie a mettere in pratica queste politiche.
- Tutti gli operatori sanitari e sociali che si occupano di madri, lattanti e bambini devono conoscere e rispettare pienamente tutte le disposizioni del Codice Internazionale.
- Sarà incoraggiata la collaborazione tra operatori sanitari, consulenti per l'allattamento, altri fornitori di servizi e gruppi di sostegno dell'allattamento al seno nella comunità.
- I mezzi di comunicazione saranno incoraggiati a rappresentare l'allattamento al seno e un'alimentazione complementare adeguata come il modo normale, naturale ed ottimale di nutrire i bambini.
- Saranno raccolti dati rilevanti, tempestivi ed accurati sui tassi e le pratiche dell'allattamento al seno, usando definizioni accettate e metodi standardizzati, per scopi di pianificazione, valutazione e ricerca operativa.

Glossario

Biomonitoraggio del latte materno

Il latte materno è spesso usato nel biomonitoraggio umano per rilevare residui persistenti di sostanze chimiche prodotti dall'uomo e accumulati nel corpo umano e nella catena alimentare. Questi inquinanti possono entrare nel corpo umano attraverso l'ingestione, l'inalazione, il contatto tattile, etc. È usato come un indicatore e come strumento di monitoraggio per grassi solubili e sostanze persistenti nell'ambiente. Il latte materno è spesso visto come un mezzo comodo per il monitoraggio dato che non è invasivo, ma non si tiene in considerazione che può non essere semplice per le donne fornire la quantità necessaria, dato che spremere il latte materno può essere problematico per alcune donne. Molte organizzazioni usano il latte materno per monitorare i livelli di inquinanti ambientali. Queste organizzazioni sottolineano che il loro scopo non è quello di fornire controindicazioni per l'allattamento ed enfatizzano che i vantaggi dell'allattamento al seno non sono compromessi da alcun potenziale rischio causato dai residui degli inquinanti trovati nel latte materno. La ricerca finora non ha fornito informazioni su rischi chiari (clinici o epidemiologici) per la salute dei bambini allattati al seno dovuti all'esposizione della loro madre a sostanze chimiche nell'ambiente o altri inquinanti, o per la presenza di tali inquinanti nel latte materno.

Costo/beneficio

L'analisi costo/beneficio stima il valore dei benefici e dei costi per stabilire se un progetto ne valga la pena, cioè se il valore aggiunto (per esempio, un potenziale miglioramento della salute) del progetto sia maggiore dei suoi costi (generalmente monetari, ma non sempre). L'analisi costi/benefici quindi trova, quantifica e addiziona tutti i fattori positivi (i benefici) e li mette in relazione con i costi per stabilire se il progetto o l'azione pianificata siano giustificabili e raccomandabili.

Costo/efficacia

L'analisi costo/efficacia è una tecnica per comparare il valore relativo di varie pratiche sanitarie. Nella sua forma più comune, una nuova pratica è comparata con una pratica corrente (l'alternativa a basso costo). L'analisi costo/efficacia aiuta a comparare strategie quando le risorse sono limitate. Bisogna tenere a mente che due strategie possono essere comparate solo se hanno scopi simili e misure dei risultati che possono essere comparate. Dire che una strategia è più costo/efficace di un'altra non vuol dire che risparmia soldi, e solo perché una strategia fa risparmiare soldi non vuol dire che sia costo/efficace. La nozione di costo/efficacia richiede anche un giudizio di valore, dato che ciò che una persona ritiene sia un buon prezzo per un risultato aggiuntivo, potrebbe non essere così per qualcun altro.

Alimentazione complementare

Il bambino riceve sia latte materno che alimenti solidi o semi-solidi. Questa definizione non esclude che riceva anche latte artificiale.

Allattamento esclusivo

Il bambino riceve solo latte materno da sua madre o da una balia, oppure latte materno spremuto e nessun altro liquido o solido eccetto gocce o sciroppi di vitamine, minerali o medicine.

Allattamento pieno

È calcolato facendo la somma di tutti i bambini allattati al seno in maniera esclusiva o predominante.

IBCLC e IBLCE

Un/a consulente per l'allattamento certificato/a dalla Commissione Internazionale d'Esame (International Board Certified Lactation Consultant, IBCLC) ha superato l'esame di qualificazione della Commissione Internazionale dei Valutatori per i Consulenti in Allattamento (International Board of Lactation Consultant Examiners, IBLCE) e deve sottoporsi a ricertificazione ogni cinque anni per garantire la qualità dei suoi servizi. Lo scopo dell'IBLCE è contribuire alla protezione della salute, la sicurezza e il benessere del pubblico attraverso l'istituzione ed il controllo della qualificazione nella certificazione della gestione dell'allattamento al seno. L'IBLCE certifica i candidati dopo che hanno superato un esame di competenze a prescindere dei corsi frequentati di gestione dell'allattamento. L'IBLCE è stato istituito nel 1985 ed esamina candidati in molte lingue e centri nel mondo. La ricertificazione è obbligatoria ogni cinque anni. Gli/le IBCLC certificati/e devono aderire ad un Codice Etico e lavorare in base a pratiche standard prestabilite. Una Commissione indipendente per le agenzie di certificazione, operativa dal 1988, accredita regolarmente il processo di certificazione del IBLCE.

Codice Internazionale

Il Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno è stato adottato nel 1981 dall'Assemblea Mondiale della Salute (AMS) dell'OMS. Il Codice Internazionale e un numero successivo di risoluzioni dell'AMS, hanno posto delle restrizioni alla commercializzazione di tutti i sostituti del latte materno e prodotti correlati, per assicurare che le madri non siano scoraggiate ad allattare al seno e che tutti i sostituti siano usati in sicurezza e solo se necessari. All'interno del Programma d'Azione è indicato come Codice Internazionale la combinazione fra il Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive risoluzioni rilevanti dell'AMS.

Mamma-a-mamma

Sostegno mamma-a-mamma indica il sostegno volontario dato da madri con esperienza di allattamento ad altre madri sia in modo individuale che in gruppi. Alcuni gruppi di sostegno mamma-a-mamma sono auto-costituiti e auto-formati e lavorano in maniera relativamente indipendente, mentre altri (per esempio, La Leche League e il National Childbirth Trust) fanno parte di organizzazioni internazionali o nazionali più grandi e forniscono formazione di alta qualità con accreditamento, formazione continua regolare, sostegno ed informazioni basate sulle evidenze, e hanno responsabilità chiaramente indicate, linee guida operative, compresa la documentazione di tutte le attività e resoconti regolari.

Prodotti e risultati

I prodotti generalmente si riferiscono a quello che un programma è in grado di fornire, per esempio attività, servizi, eventi, corsi, materiali, documenti, etc. Invece i risultati generalmente si riferiscono agli esiti, come per esempio i benefici per i partecipanti. Il soggetto di un risultato dovrebbe essere il beneficiario di un dato programma, progetto o attività, non il programma in se stesso o il personale del programma. Il risultato finale in termini di salute (mortalità, morbilità, disabilità e nutrizione) sono generalmente indicati con la parola "impatto".

Peer counsellor

Le peer counsellor forniscono sostegno alle madri per allattare, generalmente su base individuale. Le peer counsellor ricevono una formazione specifica nella consulenza all'allattamento e possono essere sottoposte ad un processo di certificazione. Le peer

counsellor non sono disponibili ovunque. Alcune peer counsellor sono formate da autorità sanitarie e sono membri pagati di strutture assistenziali, mentre altre lavorano su base volontaria.

Allattamento predominante

Il lattante definito come alimentato in maniera predominante riceve la maggior parte dei suoi bisogni nutrizionali dal latte materno, ma può ricevere anche acqua, bevande a base d'acqua, soluzioni di reidratazione orale, vitamine, minerali e medicine in gocce o liquide, e bevande tradizionali in quantità limitate (per esempio, tè e tisane). Con l'eccezione di succhi di frutta e acqua zuccherata, nessun liquido a base di alimenti è permesso sotto questa definizione.

Ricerca quantitativa

La ricerca quantitativa prevede misurazioni e che siano analizzati dati numerici. Lo scopo è classificare caratteristiche, contarle e costruire modelli statistici nel tentativo di spiegare che cosa si sta osservando. Il ricercatore, nelle ricerche quantitative, sa prima di iniziare la ricerca quali aspetti si stanno studiando e quali dati numerici saranno raccolti. I dati sono sotto forma di numeri e statistiche, ma possono non contemplare informazioni di contesto. La ricerca quantitativa tende a rimanere oggettivamente separata del soggetto analizzato. Quando il campione dello studio è rappresentativo, i risultati possono essere generalizzati.

Ricerca qualitativa

La ricerca qualitativa prevede l'analisi di dati quali parole (per esempio, da interviste), immagini (per esempio, video), oggetti (per esempio, artefatti), o eventi (per esempio, attraverso l'osservazione). Lo scopo è capire meglio una situazione attraverso una descrizione completa e dettagliata. Le domande che la ricerca si pone e il disegno dello studio possono evolvere attraverso l'interazione con l'intervistato. Il ricercatore è lo strumento per la raccolta dei dati. Il risultato è soggettivo e dipende all'interpretazione individuale (per esempio, attraverso l'osservazione partecipata, interviste approfondite) degli eventi primari. I dati qualitativi sono più ricchi di quelli quantitativi, ma meno adatti ad essere generalizzati.

Studio randomizzato controllato

Uno studio randomizzato controllato (Randomized Controlled Trial, RCT) è il modo più rigoroso di determinare se esiste un rapporto causa/effetto fra un intervento e un risultato. Gli RCT hanno caratteristiche importanti: assegnazione casuale al gruppo d'intervento; pazienti e ricercatori non a conoscenza di quale trattamento si sta somministrando fino a che lo studio non è completato (anche se gli studi in doppio cieco non sono sempre fattibili o appropriati); gruppi trattati in modo identico eccetto che per l'intervento sperimentale; pazienti generalmente analizzati all'interno del gruppo al quale sono stati assegnati, indipendentemente dal fatto che abbiano ricevuto l'intervento (analisi per *intention-to-treat*); analisi focalizzata sulla stima della differenza dei risultati predefiniti fra i diversi gruppi. Altri disegni di studio non-RCT possono rilevare associazioni fra interventi e risultati, ma non possono escludere la possibilità che l'associazione sia dovuta ad altri fattori legato sia all'intervento sia al risultato. L'assegnazione casuale garantisce che non vi sia nessuna differenza sistematica fra i gruppi. Il doppio cieco garantisce che le opinioni precostituite dei soggetti e dei ricercatori non possano influenzare in maniera sistematica la valutazione dei risultati. L'analisi *intention-to-treat* mantiene i vantaggi dell'assegnazione casuale, che si perdono se l'analisi considera, per esempio, il ritiro dallo studio o la mancanza di aderenza al trattamento. Le meta-analisi degli RCT indicano che l'assenza di doppio cieco e il non tener segreta l'assegnazione casuale portano a sovrastimare l'effetto del trattamento.